

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA OBSERVAÇÃO PASSIVA E PARTICIPANTE DAS ALUNAS NA CLÍNICA DE APOIO PSICOSSOCIAL GABRIELA DE CARVALHO LOCALIZADA NO PARANÁ

Elaine Moncler Demeterco<sup>1</sup>  
Maria Dilce Marciano<sup>2</sup>  
Patrícia Cristina Morch Munhoz<sup>3</sup>  
Diego da Silva<sup>4</sup>

**RESUMO:** A saúde mental impacta diretamente à sociedade, a qualidade de vida emocional do ser humano. É importante distinguir a saúde mental dos transtornos mentais, embora ambos estejam relacionados, a saúde mental se refere ao estado geral do bem-estar mental, já o transtorno mental é uma condição diagnosticável, como depressão, ansiedade, esquizofrenia e outras demências que pode prejudicar o funcionamento diário, mas pode ser gerenciada com tratamento adequado. A deficiência intelectual tem limitações significativas no funcionamento intelectual e comportamental da pessoa, trazendo sofrimento mental. Existem diversas condições que afetam a saúde mental, os fatores que influenciam podem ser, *biológicos* na sua genética, *psicológicos* devido a traumas, autoestima, personalidade, depressão, *sociais* com relação ao ambiente familiar, trabalho, relações afetivas, violência entre outros. Os principais transtornos mentais são: Transtornos de ansiedade, Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), Transtorno do pânico, Fobias, Transtorno de ansiedade social, Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), Transtornos de humor, Transtorno afetivo bipolar, Transtornos psicóticos (esquizofrenia), transtornos alimentares (bulimia, anorexia), Transtornos neuro desenvolvimentais. Não existe uma cura específica, mas sim tratamentos para amenizar o sofrimento mental da pessoa, como medicações e terapias, dependendo do grau da deficiência em casos mais graves, como a esquizofrenia e outras demências, que podem prejudicar o funcionamento diário, mas pode ser gerenciada com tratamento adequado e geralmente necessitam de suporte ao longo da vida.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Esquizofrenia e qualidade de vida emocional.

### 1. INTRODUÇÃO

A realização do estágio supervisionado em psicologia III, tem por objetivo conhecer a atuação da Psicologia nas áreas de saúde mental. Entender como estuda os fenômenos psicológicos e comportamentais dos pacientes, sendo eles transtornos mentais como a esquizofrenia, transtorno de ansiedade, entre outros.

---

<sup>1</sup>Discente de psicologia da UNIENSINO.

<sup>2</sup>Discente de psicologia da UNIENSINO.

<sup>3</sup>Discente de psicologia da UNIENSINO.

<sup>4</sup>Psicólogo, docente de psicologia da UNIENSINO.

Conhecer a realidade vivenciada pelos pacientes com transtornos mentais, sendo essas observações tanto com os pacientes, como seu convívio com o próximo, com os próprios internos, cuidadores, enfermeiros e família.

Essas vivências nos possibilitam observar e presenciar as situações dos pacientes, seu progresso ou regresso, com algumas situações que acabam prejudicando o seu desenvolvimento devido sua condição especial.

## 2. DESCRIÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS REALIZADAS

A Casa de Apoio Gabriela de Carvalho Ltda, situada na Rua Professora Maria de Assumpção, nº 2441, no bairro Boqueirão, Curitiba/PR, CEP 81670-040, é uma instituição especializada na oferta de cuidados psicossociais e assistenciais a indivíduos em situação de vulnerabilidade decorrente de transtornos psíquicos, deficiências mentais, dependência química e condições similares. Fundada em 16 de dezembro de 2016, embora juridicamente recente, a instituição atua na área há mais de 30 anos, consolidando-se como um espaço de acolhimento e cuidado integral à saúde mental.

A coordenação da instituição é realizada por Lucia, assistente social responsável pela supervisão das atividades e do corpo técnico. A equipe multiprofissional é composta por 13 funcionários, distribuídos da seguinte forma: 2 enfermeiros, 4 cuidadores de idosos, além de profissionais nas áreas de limpeza, cozinha e administração. A equipe é supervisionada diariamente, e treinamentos são realizados semestralmente por uma responsável técnica especializada, garantindo a qualificação contínua dos serviços prestados.

A Casa de Apoio funciona em regime de 24 horas, oferecendo suporte contínuo aos residentes. Sua estrutura física compreende oito quartos, três banheiros, uma cozinha e uma sala de estar. A manutenção do espaço é de responsabilidade privada, sem subsídios governamentais diretos.

A rotina diária dos residentes é estruturada com horários definidos para refeições e momentos de convivência social:

Café da manhã: 07h30

Lanche da manhã: 09h30

Almoço: 12h00

Lanche da tarde: 15h00

Jantar: 18h00

Ceia: 21h00

A casa oferece momentos de convivência social por meio de encontros religiosos realizados na instituição, visitas familiares aos domingos e atividades de alongamentos com um professor de educação física, além de oportunidades de aprendizagem em escolas.

Além disso, seis dos vinte e seis residentes possuem autorização da família para sair da instituição de forma autônoma, favorecendo o processo de reinserção social e promoção da autonomia pessoal.

Atualmente, a instituição atende 26 pessoas com idades entre 18 e 59 anos. A distribuição por gênero é equitativa, sendo 13 homens e 13 mulheres. A maior parte dos residentes encontra-se na faixa etária acima de 45 anos e apresenta quadros clínicos compatíveis com os diagnósticos estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo os mais prevalentes: F20 (Transtornos Esquizofrênicos), F29 (Transtornos Psicóticos Não Especificados) e F31 (Transtornos Afetivos Bipolares).

Os atendimentos médicos são realizados, quando necessário, por meio de encaminhamento ao posto de saúde 24 horas do bairro Hauer, ou por orientação da responsável técnica da instituição. A atenção psicossocial se dá por meio do cuidado diário ofertado pela equipe, da convivência comunitária e da observação contínua das condições de saúde mental dos residentes.

A maioria dos residentes utiliza o Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), como meio de custeio de sua permanência na instituição. Esse benefício representa uma importante política pública de proteção social, direcionada a pessoas idosas ou com deficiência que se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei nº 8.742/1993, garante um salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência — de natureza física, mental, intelectual ou sensorial — que comprovem não possuir meios de prover sua subsistência, tampouco de tê-la provida por sua família.

Os critérios para concessão incluem:

1. Renda familiar per capita inferior a 1/4 do salário mínimo vigente;
2. Residência em território nacional;
3. Não estar acolhido em instituições de longa permanência ou similares, exceto nos casos em que o acolhimento não é permanente ou é judicialmente autorizado.

O processo de solicitação do benefício envolve o cadastro no CadÚnico, avaliação social realizada por assistente social, análise documental e posterior deliberação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

### 3. RELATO DE OBSERVAÇÃO

L.N, solteiro, 59 anos, tem uma filha e é natural do Rio de Janeiro. Atualmente reside na casa de apoio. L.N começou a apresentar episódios psicóticos aos 19 anos, acreditava que pessoas e amigos o perseguiram, e ouvia vozes. Iniciou o tratamento médico com 22 anos e já esteve em diversas instituições semelhantes. Sua saída do Rio de Janeiro foi motivada pela crença de estar sendo perseguido por traficantes.

L.N. gosta de conversar sobre Deus, o futuro e questões sobrenaturais. Durante a observação, sua postura era encolhida, com a cabeça baixa e os membros posteriores tremendo bastante. Ele balança o corpo para frente e para trás na cadeira em frente a um computador e apresenta uma fala desconexa.

Durante um dos dias de observação, a estagiária pergunta a L.N, se ele gostaria de pintar. Sem hesitar, ele pegou o material para desenhar. Ao perguntar sobre o que havia criado, L.N sorriu e afirmou que desenhou um tapete, explicando “que fez o desenho para alcançar altos voos”.

L.N recebe acompanhamento médico no posto 24 horas. Ele possui autorização da família para sair da casa de apoio e passear sozinho, o que contribui para sua inserção social.

Ana, de 58 anos, apresenta transtorno afetivo bipolar e é uma contadora de histórias nata. Comunicativa e bem-humorada, ela adora conversar e, diariamente, compartilha narrativas diferentes sobre sua família. Em alguns dias relata que a mãe era enfermeira; em outros, que era uma excelente cozinheira ou uma dedicada dona de casa.

Ela conta que, desde a adolescência, “não tinha uma cabeça muito boa”, mas que sempre gostou de estudar — especialmente inglês, lembrando-se com entusiasmo de números e palavras nesse idioma.

Sempre que encontrava as estagiárias, fazia elogios aos cabelos, às unhas e ao perfume delas, demonstrando carinho e atenção aos detalhes. Ana costumava permanecer de bom humor e, quando alguém se sentava ao seu lado, passava longas tardes conversando, revelando seu gosto pela companhia e pelo diálogo.

#### 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira começou nos anos 1970, em conjunto com o movimento sanitário que buscava mudanças na saúde pública. O objetivo principal foi substituir o antigo modelo de tratamento baseado em manicômios por um sistema de cuidado em liberdade, mais humano e comunitário, alterando a forma de atender às pessoas com transtornos mentais

No final da década de 1970, as pessoas com transtornos mentais eram frequentemente chamadas de alienadas ou loucas e eram diagnosticadas com moléstia mental. Quando se considerava que comprometiam a ordem pública ou a segurança da sociedade, esses indivíduos eram internados em hospitais psiquiátricos. A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscou-se transformar esta realidade, promovendo um cuidado mais respeitoso e integrado com à comunidade.

O processo ganhou força com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978, que denunciou os abusos e a exclusão dos pacientes nos hospitais psiquiátricos. Na década de 1990, começaram a surgir os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), que oferecem apoio, acompanhamento contínuo e outras formas de atendimento fora dos hospitais.

Em 2001, a Lei nº 10.216 (Lei Paulo Delgado) consolidou o novo modelo, garantindo os direitos das pessoas com transtornos mentais e priorizando o tratamento comunitário. Programas como o “De Volta para Casa” e as Residências Terapêuticas foram criados para apoiar a reintegração social dos pacientes.

A Reforma também promoveu a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a criação de redes de atenção psicossocial e a participação dos usuários e familiares nas decisões sobre saúde mental. Antes da reforma os pacientes eram internados em manicômios, frequentemente enfrentando isolamento e a falta de direitos. Com a reforma, o tratamento passou mais humano, priorizando o cuidado em liberdade, o convívio familiar e a reintegração social. A Lei nº 10.216, de 2001, garantiu esses direitos e criou serviços como (CAPS), que oferecem apoio e acompanhamento contínuo.

## TRANSTORNOS MENTAIS

### Esquizofrenia – CID-10 F20.

O termo “esquizofrenia”, foi criado por Eugen Bleuler em 1911, porém o diagnóstico formal de “esquizofrenia” começou a aparecer nos anos 1910-1920, em prontuários psiquiátricos, seguindo a nomenclatura de Bleuler. A esquizofrenia acontece *alterações estruturais, funcionais e químicas* no cérebro, não é uma única causa, mas sim um conjunto de disfunções, não é hereditário no sentido em que passa de pai para filho de forma inevitável, mas há forte influência genética. Pessoas com parentes de 1º grau com esquizofrenia (pais, irmãos) têm risco maior de desenvolver a doença. A esquizofrenia depende também de fatores ambientais como complicações na gestação e parto, Infecções virais no útero, uso de drogas (principalmente cannabis em alta potência, LSD, cocaína), estresse psicossocial intenso. Existe predisposição genética, mas a manifestação depende da interação com fatores ambientais e neurobiológicos. Na esquizofrenia acontecem *alterações estruturais, funcionais e químicas* no cérebro.

A esquizofrenia causa impactos significativos na vida do indivíduo, afetando tanto sua vida social quanto sua vida produtiva. Essa condição é caracterizada por uma série de distúrbios que envolvem o pensamento, a percepção e o comportamento afetivo e social.

O tratamento da esquizofrenia (CID-10 F20) envolve combinação de medicamentos, acompanhamento clínico e apoio psicossocial. Os principais são os medicamentos antipsicóticos, que reduzem delírios, alucinações e desorganização do pensamento. A Psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC), ajuda a lidar com sintomas persistentes e melhorar a adesão ao tratamento, já a psicoeducação, para paciente e familiares, explicando sintomas, medicação e manejo de crises. E os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que seria um acompanhamento multiprofissional contínuo.

Conforme o DSM 5 os critérios de diagnósticos são:

Dois ou mais dos sintomas a seguir devem estar presentes, por um período significativo, por, pelo menos, um mês. Um dos sintomas deve ser o (1), (2) ou (3).

1. delírios.
2. alucinações.
3. discurso desorganizados.
4. comportamento grosseiramente desorganizado ou catatonico.

5. sintomas negativos (embotamento afetivo, alolia e avolição) redução da fluência, falta de produtividade e falta motivação.

O diagnóstico de esquizofrenia (CID-10 F20 / CID-11 6A20) é clínico — feito por psiquiatras, o foco do tratamento é controlar sintomas psicóticos, melhorando assim a qualidade de vida do paciente.

Infelizmente a esquizofrenia é uma doença crônica, e possivelmente necessitará de tratamento por toda a vida

### **Transtorno Afetivo Bipolar – CID-10 F31.**

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença psiquiátrica crônica caracterizada pela alternância de episódios de humor entre polos extremos: episódios maníacos (eufóricos ou irritáveis) e episódios depressivos. Esses episódios podem durar semanas a meses, com períodos de humor normal entre eles.

Nos episódios de mania, os sintomas incluem humor elevado ou irritável, auto estima inflada ou sensação de grandiosidade, redução da necessidade de sono, fala acelerada, pensamentos fugazes, distração, agitação, aumento de atividades com riscos elevados (como gastos excessivos e comportamento sexual impulsivo). Já nos episódios depressivos, o paciente apresenta humor deprimido, perda de interesse e prazer, alterações no apetite e no sono, fadiga, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa ou inutilidade, isolamento social, e, em casos graves, ideação suicida.

O transtorno afetivo bipolar pode afetar qualquer pessoa independentemente da condição social e sua causa é multifatorial, envolvendo fatores genéticos e comorbidades físicas e psiquiátricas. O tratamento é fundamental para controlar os sintomas, frequentemente envolvendo medicação e acompanhamento psicológico.

O tratamento afetivo bipolar não tem cura, mas é possível controlar os sintomas com medicamentos, psicoterapias e mudança no estilo de vida.

### **Transtorno psicótico não especificado – CID-10 F29.**

Transtornos psicóticos não especificados referem-se a quadros em que sintomas psicóticos (como delírios, alucinações, pensamento desorganizado e alterações comportamentais) estão presentes, mas não se encaixam totalmente nos critérios de diagnósticos específicos como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno delirante.

São situações em que a perda de contato com a realidade é clara, porém sem definição precisa do subtipo psicótico.

Esses transtornos podem surgir abruptamente, durar pouco tempo ou apresentar formas atípicas, tornando difícil classificá-los em categorias rígidas. As causas envolvem fatores genéticos, neuroquímicos (como desequilíbrios de dopamina), ambientais e estressores psicossociais. O impacto funcional varia, podendo causar dificuldades sociais, ocupacionais e pessoais.

O diagnóstico de Transtornos psicóticos não especificados inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico, geralmente o atendimento médico acontece em salas de emergência. Para um diagnóstico mais específico deve ser baseado em uma avaliação clínica cuidadosa para excluir outras causas de psicose, como condições médicas, abuso de substâncias ou transtornos afetivos. Tratamentos geralmente incluem antipsicóticos, acompanhamento psiquiátrico e intervenções psicossociais para controlar os sintomas e prevenir recaídas.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Casa de Apoio Gabriela de Carvalho Ltda configura-se como uma instituição de referência no atendimento psicossocial a pessoas em situação de vulnerabilidade mental e social. Por meio de uma equipe comprometida, infraestrutura adequada e rotinas estruturadas, busca-se promover a autonomia, dignidade e qualidade de vida dos residentes.

Considerando os diversos fatores que influenciam a saúde mental, biológicos, psicológicos e sociais, é importante compreender que não existe uma cura definitiva para muitos transtornos, mas tratamentos e suportes adequados podem amenizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. A reinserção social e o suporte contínuo são essenciais, especialmente em casos graves como esquizofrenia e outras demências.

Por fim, a promoção da saúde mental deve ser encarada como um direito de cidadania e uma responsabilidade compartilhada entre indivíduos, famílias, comunidades e políticas públicas. Investir em atenção integral, tratamentos humanizados e suporte social é vital para enfrentar os desafios da saúde mental e promover um ambiente mais inclusivo.

A utilização do BPC/LOAS como meio de acesso ao serviço evidencia a importância das políticas públicas de assistência social na garantia de direitos fundamentais. A atuação interdisciplinar e o cuidado contínuo oferecido pela instituição demonstram a relevância do

trabalho em saúde mental fora dos modelos hospitalocêntricos, alinhando-se às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN Psychiatric Association, (2023). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (5ª. ed.). Artmed.

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

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, **Desafios na Atenção à Saúde Mental**, 2ª ed. Maringá. Eduem, 2011.

ANDRADE, Lucelia de Almeida; CAMELO, Ana Clara Norberto; PORTO, Carolina Guimarães. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: argumentos críticos de profissionais de hospitais psiquiátricos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 33 , n. 04, ano 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xd59NgmsbfXCxDDh8VryYpD/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 nov.2025.