

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE E VULNERABILIDADE SOCIAL: DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM ESTUDO DE CASO

Felipe Heringer Alcure Quarto ¹

Vitor Guimarães Lage ²

vitorlage@outlook.com.br

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a trajetória clínica e psicossocial de um paciente com esquizofrenia paranoide inserido em contexto de elevada vulnerabilidade social, discutindo os desafios enfrentados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no cuidado em saúde mental. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, descritiva e retrospectiva, desenvolvido por meio de análise documental de registros clínicos e institucionais referentes ao acompanhamento de um homem de 35 anos diagnosticado com esquizofrenia paranoide (CID-10 F20.1). O paciente apresentou histórico de extrema vulnerabilidade social, conflitos familiares recorrentes, sucessivas descompensações psiquiátricas e necessidade de internação em leito de retaguarda. Apesar de avanços funcionais obtidos durante o acompanhamento no CAPS I, incluindo participação em oficinas terapêuticas e melhora da interação social, observou-se recorrência de crises associadas à precariedade socioeconômica, fragilidade do suporte familiar e insuficiência de assistência contínua fora do horário de funcionamento do serviço. Os achados evidenciam limitações da RAPS na condução de casos complexos em contextos de vulnerabilidade extrema, reforçando a necessidade de estratégias intersetoriais integradas entre saúde mental, assistência social e apoio familiar.

PALAVRAS-CHAVE: esquizofrenia paranoide; serviços de saúde mental; saúde mental; vulnerabilidade social.

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico caracterizado por alterações do pensamento, da percepção, da afetividade e do comportamento, comprometendo significativamente a funcionalidade social e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Goldman e Schafer, 2021). O transtorno geralmente se manifesta no final

¹ Graduando do 7º Período do Curso de Medicina do Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX.

² Médico especialista em Medicina da Família e Comunidade. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Professor do Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX, Matipó-MG.

da adolescência ou início da vida adulta, estando associado a fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, incluindo exposição precoce a situações de vulnerabilidade social e uso de substâncias psicoativas (Stahl, 2014).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica representou uma mudança no modelo de atenção em saúde mental, substituindo progressivamente o paradigma hospitalocêntrico por uma assistência comunitária e territorializada, fundamentada nos princípios da desinstitucionalização e reintegração social (Amarante, 1995; Brasil, 2001). Nesse contexto, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, consolidou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços estratégicos para o cuidado de indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes (Brasil, 2011b).

Apesar dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela ampliação dos serviços substitutivos, ainda persistem desafios importantes relacionados à continuidade do cuidado em contextos de alta vulnerabilidade social. Fatores como pobreza, vínculos familiares fragilizados, violência doméstica, uso de substâncias psicoativas e ausência de suporte social adequado podem comprometer a adesão terapêutica e favorecer recorrentes descompensações psiquiátricas, reinternações e exclusão social (Goldman e Schafer, 2021).

Dessa forma, o presente estudo de caso analisa a trajetória de um paciente diagnosticado com esquizofrenia paranoide (CID-10 F20.1), acompanhado em um CAPS I do interior de Minas Gerais, cujo histórico é marcado por extrema vulnerabilidade social e recorrentes crises psiquiátricas. O estudo busca descrever o histórico clínico e social do paciente, compreender os fatores associados às recorrentes descompensações psiquiátricas e discutir os limites da Rede de Atenção Psicossocial no cuidado de indivíduos em contextos de alta vulnerabilidade social. Além disso, pretende refletir sobre possíveis estratégias de fortalecimento do suporte psicossocial e da integração entre saúde mental e assistência social.

Nesse contexto, o estudo é norteado pela seguinte questão de pesquisa: quais são os limites da Rede de Atenção Psicossocial no atendimento de pacientes com

esquizofrenia em situações de alta vulnerabilidade social, e de que forma esses limites interferem na estabilidade clínica e na reintegração social do indivíduo?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A esquizofrenia paranoide (CID-10 F20.1) é um subtipo de esquizofrenia caracterizado principalmente por delírios persecutórios e alucinações auditivas, frequentemente associados à inadequação afetiva, alterações comportamentais e prejuízo importante da funcionalidade social. A fisiopatologia do transtorno envolve alterações em vias dopaminérgicas, serotoninérgicas e glutamatérgicas, justificando a utilização de antipsicóticos no controle dos sintomas positivos, negativos e cognitivos da doença. Entre os principais fatores associados ao desenvolvimento da esquizofrenia destacam-se predisposição genética, exposição pré-natal a substâncias psicoativas e estressores ambientais relacionados à vulnerabilidade social, como violência familiar e vivência em situação de rua. Esses fatores tornam-se ainda mais relevantes em contextos marcados por fragilidade socioeconômica e limitação do suporte psicossocial e familiar (Stahl, 2014; Goldman e Schafer, 2021).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1980 e consolidada pela Lei nº 10.216/2001, propôs a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede de cuidado comunitário e territorializado, fundamentada nos princípios da desinstitucionalização e reintegração social (Amarante, 1995; Brasil, 2001). Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial, regulamentados pela Portaria nº 336/2002, passaram a constituir serviços estratégicos para o acompanhamento de indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, oferecendo atendimento multiprofissional e suporte terapêutico voltado à promoção da autonomia e inclusão social (Brasil, 2002). Conforme discutido por Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica representou não apenas uma mudança no modelo assistencial, mas também uma transformação na forma de compreender os sujeitos em sofrimento psíquico, ampliando direitos e fortalecendo práticas de cuidado comunitário em substituição ao modelo asilar.

A Política Nacional de Humanização (PNH), implementada em 2003 e atualizada em 2013, reforçou a importância de um cuidado centrado no usuário, considerando aspectos sociais, familiares e subjetivos envolvidos no processo de adoecimento e tratamento em saúde mental. Fundamentada em princípios como transversalidade, construção da autonomia e inseparabilidade entre atenção e gestão, a política buscou fortalecer práticas de cuidado mais humanizadas e integradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2003; Brasil 2013).

Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, passou a organizar os diferentes serviços de saúde mental, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos de retaguarda e unidades de urgência, com o objetivo de garantir continuidade do cuidado, manejo de crises agudas e reintegração social dos indivíduos em sofrimento psíquico (Brasil, 2011a; 2011b; 2020).

Apesar dos avanços promovidos pela RAPS, a literatura ainda aponta limitações relacionadas à fragmentação do cuidado, à dificuldade de articulação entre os serviços e à insuficiência de assistência contínua fora do horário regular de atendimento, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica e familiar. Além disso, fatores como sobrecarga de trabalho, desgaste emocional e escassez de apoio institucional às equipes de saúde podem comprometer a qualidade da assistência prestada, reduzindo a capacidade de acompanhamento integral de indivíduos em sofrimento psíquico. Em contextos familiares marcados pela presença de outros transtornos mentais, conflitos interpessoais e situações de instabilidade social podem favorecer crises recorrentes, descompensações clínicas e episódios de violência. Nesse cenário, torna-se necessária a construção de estratégias intersetoriais que integrem saúde mental, assistência social e políticas habitacionais, visando um cuidado mais integral e resolutivo para indivíduos em situação de vulnerabilidade (Adnan *et al.*, 2022).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, descritiva e retrospectiva, desenvolvido por meio de análise documental de registros clínicos e institucionais referentes ao acompanhamento de um paciente diagnosticado com esquizofrenia paranoide (CID-10 F20.1) atendido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município de Santa Margarida, Minas Gerais.

A pesquisa foi construída a partir da análise de dados secundários obtidos em prontuários médicos, relatórios multiprofissionais e registros produzidos pela equipe do serviço, contemplando informações relacionadas à evolução clínica, internações psiquiátricas, manejo medicamentoso, participação em oficinas terapêuticas e contexto familiar e social do paciente. O período analisado compreendeu os registros entre os anos de 2005 e 2024.

Os dados foram organizados cronologicamente e interpretados à luz da literatura científica sobre esquizofrenia, Reforma Psiquiátrica Brasileira, Política Nacional de Humanização (PNH) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscando compreender como fatores sociais, familiares e institucionais influenciam a estabilidade clínica e o processo de reintegração social do indivíduo.

A escolha pelo estudo de caso qualitativo justifica-se pela complexidade do fenômeno analisado, especialmente pela necessidade de compreender aspectos subjetivos, sociais e estruturais relacionados ao cuidado em saúde mental em contextos de vulnerabilidade social. Dessa forma, o método possibilita uma análise aprofundada das fragilidades e potencialidades da rede de atenção psicossocial frente às demandas apresentadas pelo paciente.

Para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, foram utilizadas apenas as iniciais do participante, em conformidade com os princípios éticos previstos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Relato de caso

FGM, homem de 35 anos, foi diagnosticado com esquizofrenia paranoide (CID-10 F20.1) aos 16 anos, após apresentar alterações comportamentais importantes,

incluindo agressividade, baixa tolerância à frustração, inadequação afetiva e episódios de desorganização do pensamento, compatíveis com quadro psicótico associado à esquizofrenia paranoide (Stahl, 2014). O paciente apresenta histórico marcado por elevada vulnerabilidade social e contexto familiar instável. Sua mãe, também acompanhada por serviços de saúde mental, possui histórico de transtornos psiquiátricos e uso de substâncias psicoativas, tendo vivido em situação de rua durante o período gestacional e nos primeiros anos de vida do filho.

O acompanhamento terapêutico foi iniciado em serviço especializado de saúde mental no estado de São Paulo, sendo posteriormente transferido para o CAPS I do município de Santa Margarida, Minas Gerais. Durante o acompanhamento, FGM apresentou avanços funcionais importantes, incluindo alfabetização e participação em oficinas terapêuticas, embora mantivesse dificuldades relacionadas à adesão contínua às atividades propostas. A convivência familiar marcada por conflitos recorrentes, associada à precariedade socioeconômica, mostrou-se um importante fator de instabilidade clínica ao longo do tratamento.

No final de 2024, o paciente apresentou descompensação psiquiátrica grave, necessitando internação em leito de retaguarda em saúde mental (Brasil, 2020). Posteriormente, evoluiu com episódio de agressividade no contexto familiar, demandando intervenção institucional. Atualmente, encontra-se em regime de permanência-dia no CAPS I, de segunda a sexta-feira, em uso de antipsicóticos, estabilizadores de humor, ansiolíticos e medicações adjuvantes para controle dos sintomas psicóticos e estabilização clínica. Apesar da resposta parcial ao tratamento medicamentoso, persistem fatores sociais e familiares associados à recorrência de crises e à dificuldade de reintegração social, evidenciando a necessidade de estratégias de cuidado articuladas entre saúde mental e suporte psicossocial.

4.2 Discussão

O caso de FGM evidencia importantes limitações da RAPS na oferta de suporte contínuo a indivíduos em contextos de elevada vulnerabilidade social, especialmente fora do horário regular de funcionamento dos serviços. A instabilidade familiar,

associada à precariedade socioeconômica e à ausência de estratégias estruturadas de suporte psicossocial, favoreceu recorrentes episódios de descompensação psiquiátrica e conflitos interpessoais. Esses achados reforçam a dificuldade de articulação entre saúde mental e assistência social no acompanhamento de casos complexos, particularmente em cenários marcados por fragilidade social e suporte familiar insuficiente.

A trajetória de FGM revela uma dualidade na eficácia da RAPS. Durante o atendimento no CAPS I de Santa Margarida, o paciente apresentou avanços significativos, como a alfabetização e a participação em oficinas terapêuticas, que promoveram habilidades sociais e cognitivas, apesar das limitações impostas pela esquizofrenia (Goldman e Schafer, 2021). O esquema medicamentoso atual, que inclui antipsicóticos (quetiapina, Haldol decanoato, neozine), estabilizadores de humor (Depakene), ansiolíticos (diazepam) e anticolinérgicos (biperideno), controla eficazmente os sintomas psicóticos agudos, conforme descrito por Stahl (2014), que destaca a importância de combinações para gerenciar efeitos colaterais e melhorar adesão. A internação em leito de retaguarda em novembro de 2024 foi essencial para estabilizar o surto, demonstrando a relevância da Portaria nº 453/2020 (Brasil, 2020), que habilita esses leitos para suporte em crises sem necessidade de manicomialização.

No entanto, os resultados também apontam limitações críticas. A convivência com a mãe, que apresenta transtornos psiquiátricos e histórico de uso de substâncias, cria um ambiente doméstico instável, agravado por problemas financeiros. O episódio de agressão em 8 de dezembro de 2024, que resultou na prisão de FGM, reflete a ausência de suporte psicossocial fora do horário de atendimento do CAPS. A falta de moradia assistida ou intervenções familiares estruturadas perpetua o ciclo de conflitos e descompensações, evidenciando uma falha na articulação da RAPS com serviços de assistência social (Adnan *et al.*, 2022), onde o burnout de profissionais pode reduzir a capacidade de intervenções preventivas. Esses achados sugerem que, embora a RAPS seja eficaz em contextos controlados, sua capacidade de promover reintegração social é limitada em casos de vulnerabilidade extrema.

O caso de FGM ilustra tanto os avanços quanto as fragilidades da Reforma Psiquiátrica brasileira. A criação dos CAPS, conforme regulamentado pela Portaria nº 336/2002, permitiu a FGM acesso a tratamento comunitário, com conquistas notáveis como a alfabetização e a estabilização parcial dos sintomas (Brasil, 2002). A Política Nacional de Humanização enfatiza a importância de considerar o contexto social do paciente, mas a aplicação prática desse princípio é limitada pela falta de recursos para suporte contínuo (Brasil, 2013), como equipes de crise 24 horas sugeridas pela Portaria nº 2.395/2011. A convivência disfuncional com a mãe, que também apresenta transtornos psiquiátricos, reflete a complexidade de casos em que múltiplos membros da família são usuários do mesmo serviço, um desafio pouco abordado na literatura (Adnan *et al.*, 2022), que destaca como intervenções focadas no indivíduo, sem suporte organizacional, têm eficácia limitada.

Comparado a estudos internacionais, o caso reforça a necessidade de intervenções integradas que combinem saúde mental e assistência social. Adnan *et al.* (2022) destacam que intervenções focadas apenas no indivíduo, sem considerar o contexto familiar e socioeconômico, têm eficácia limitada em casos de alta complexidade, sugerindo personalização com elementos como mindfulness e suporte social para reduzir burnout em equipes e melhorar cuidados. A ausência de moradia assistida, suporte noturno e programas de mediação familiar contribui para a recorrência de crises, como o surto de novembro de 2024 e a agressão de dezembro de 2024. Além disso, a exposição pré-natal de FGM a substâncias psicoativas, devido ao uso materno, pode ter agravado sua predisposição à esquizofrenia, conforme descrito por Goldman e Schafer (2021).

Apesar da relevância dos achados apresentados, o estudo possui limitações relacionadas à utilização de dados secundários e à ausência de entrevistas diretas com o paciente e familiares, o que pode restringir a compreensão de aspectos subjetivos e contextuais do caso. Ainda assim, a análise contribui para a reflexão sobre os desafios enfrentados pela RAPS no cuidado de indivíduos com esquizofrenia em contextos de elevada vulnerabilidade social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que, embora a RAPS desempenhe papel fundamental no acompanhamento de indivíduos com esquizofrenia por meio de tratamento multiprofissional, manejo medicamentoso e atividades terapêuticas, ainda persistem desafios importantes relacionados à continuidade do cuidado em contextos de elevada vulnerabilidade social. No caso analisado, fatores como instabilidade familiar, fragilidade socioeconômica e ausência de suporte psicossocial contínuo mostraram-se diretamente associados à recorrência de crises psiquiátricas e às dificuldades no processo de reintegração social.

Os resultados reforçam a importância do fortalecimento de estratégias intersetoriais entre saúde mental, assistência social e políticas públicas voltadas à proteção social, especialmente por meio da ampliação de moradias assistidas, suporte em situações de crise fora do horário regular de atendimento e intervenções familiares estruturadas. Além disso, destaca-se a necessidade de um cuidado integral que considere não apenas os aspectos clínicos do transtorno, mas também os determinantes sociais envolvidos no processo de adoecimento psíquico.

Dessa forma, o estudo contribui para a reflexão sobre os limites e potencialidades da RAPS no cuidado de indivíduos com esquizofrenia em contextos de vulnerabilidade extrema, evidenciando a necessidade de novas pesquisas e estratégias de cuidado que promovam maior continuidade assistencial, estabilidade clínica e inclusão social.

REFERÊNCIAS

ADNAN, Nurul Bahirah Binte et al. What are the solutions for well-being and burn-out for healthcare professionals? An umbrella realist review of learnings of individual-focused interventions for critical care. **BMJ open**, v. 12, n. 9, p. e060973, 2022. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/9/e060973.abstract>. Acesso em: 04 abr. 2026.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, p. 491-494, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5rhqg9GH3jhjMCKjJ7BPKGK/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 02 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 15 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 04 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em: 15 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 out. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 453, de 20 de março de 2020. Habilita leitos de retaguarda em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 mar. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0453_23_03_2020.html. Acesso em: 10 abr. 2026.

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. **Goldman-Cecil Medicina**. 26. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

STAHL, Stephen M. **Stahl psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.