CUIDADO EM LIBERDADE E TERRITÓRIO NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR

CARE IN FREEDOM AND WITHIN THE TERRITORY IN MENTAL HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT FROM A PSYCHIATRIC HOSPITAL CLINIC

https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-080

Giovanni Beloti Leal
Bacharel em Psicologia
Faculdade Católica de Rondônia (FCR)
E-mail: gbelotileal@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-4104-5761

Lívia Maria Vieira Brilhante
Discente do Curso Superior de Enfermagem
Centro Universitário Carvalho (FIMCA)
E-mail: livbrilhante05@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1294-9801

Resumo

Este capítulo discute a atuação da equipe multidisciplinar e a integração do sujeito ao seu território nos serviços de saúde mental, a partir da experiência de estágio supervisionado de um acadêmico de Psicologia e de uma acadêmica de Enfermagem em uma clínica psiquiátrica hospitalar de Porto Velho, Rondônia. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa e descritiva, apoiado em observação participante, escuta ativa e análise documental. Os resultados e a discussão se organizam em quatro eixos: a caracterização da instituição; a passagem da lógica hospitalocêntrica à atenção psicossocial; o fenômeno do "morador" de hospital psiquiátrico e da "porta giratória"; e as perspectivas de atuação multiprofissional baseadas no acolhimento. Discute-se como a ausência de espaços privativos, o banho coletivo, os relatos de medicação injetável usada como contenção, as reinternações e a longa permanência reproduzem a lógica manicomial que a Reforma Psiquiátrica pretende superar. Discute-se também como a escuta e o acolhimento dialogado, conduzidos pela Psicologia, e o cuidado cotidiano de enfermagem, que inclui a observação do corpo, a administração de medicações e o manejo da privacidade e da higiene, podem favorecer a estabilização, a reorganização psíquica e a autonomia no momento da alta quando desenvolvidos em articulação com a equipe multidisciplinar. Conclui-se que o cuidado em liberdade depende de uma rede de atenção psicossocial que acompanhe o sujeito de forma territorializada e longitudinal.

Palavras-chave: Equipe multidisciplinar; Hospital psiquiátrico; Reforma psiquiátrica; Saúde mental; Território.

Abstract

This chapter discusses the role of the multidisciplinary team and the integration of the individual into their territory within mental health services, based on the supervised internship experience of a psychology student and a nursing student at a psychiatric hospital in Porto Velho, Rondônia. This is an experience report—qualitative and descriptive in nature—grounded in participant observation, active listening, and document analysis. The results and discussion are organized into four thematic areas: the characterization of the institution; the transition from a hospital-centered logic to psychosocial care; the phenomenon of the "long-term resident" in psychiatric hospitals and the "revolving door" effect; and perspectives on multidisciplinary practice rooted in a welcoming, person-centered approach (*acolhimento*). The text examines how the lack of private spaces, communal bathing, the use of injectable medication as a form of restraint, frequent readmissions, and prolonged hospital stays all perpetuate the "asylum logic" that the Psychiatric Reform seeks to overcome. It further explores how active listening and dialogical engagement—facilitated by psychology—alongside daily nursing care (including physical observation, medication administration, and the management of privacy and hygiene) can foster stabilization, psychological reorganization, and autonomy upon discharge, provided these efforts are coordinated within the multidisciplinary team. The chapter concludes that care provided outside the confines of an institution depends on a psychosocial care network capable of supporting the individual in a longitudinal and territory-based manner.

Keywords: Mental health; Multidisciplinary team; Psychiatric hospital; Psychiatric reform; Territory.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o cenário da assistência em saúde mental passou por mudanças significativas após a Reforma Psiquiátrica. Anteriormente, o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico era centrado no hospital psiquiátrico e na segregação de corpos devido o estigma da loucura, assim, ocasionando na violação de direitos, propiciando em um direcionado para internações de longa duração e o afastamento comunitário (Brasil e Lacchini, 2021). Após a ruptura do modelo hospitalocêntrico, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, juntamente com a Lei nº 10.216/2001, que implantou serviços substitutivos aos manicômios, com uma abordagem psicossocial de base comunitária, visando a valorização das práticas coletivas, do trabalho interdisciplinar e do envolvimento da família e do próprio usuário no tratamento

(Pessoa Júnior *et al*., 2016). Desde então, o desafio é sustentar um cuidado que se organize no território, em liberdade, e que reconheça o usuário como sujeito de direitos.

Nesse novo paradigma, o serviço hospitalar deixa de ocupar o eixo principal do cuidado em saúde e se torna um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Cardoso *et al*., 2014). Ao adotar essa construção, a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) está configurada como dispositivos comunitários e regionalizados, que buscam o acompanhamento integral em saúde mental dos usuários através da garantia de direitos humanos e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Ramos, Guimarães e Enders, 2011). Assim, no campo assistencial em saúde, é necessário que a integração do sujeito no laço social ocorra considerando as singularidades individuais e as condições concretas de vida.

Somado a isso, a prática profissional em saúde mental exige a articulação de diferentes saberes e a atuação integrada entre os profissionais que compõem os serviços de saúde. Sendo assim, o desenvolvimento do trabalho feito em equipe multiprofissional desempenha um papel crucial na qualificação da assistência às pessoas com transtornos mentais e na implementação das políticas públicas em saúde mental (Pessoa Júnior et al., 2016). Nessa perspectiva, conforme a portaria nº 3.088/2011, institui que a atenção psicossocial valoriza as práticas coletivas, o trabalho interdisciplinar e a participação da família e do próprio usuário no processo de tratamento, reconhecendo que o cuidado não se limita à atuação individual de cada profissional (Brasil, 2011). Assim, a construção de uma assistência mais integral depende da articulação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado, aspecto que conduz à reflexão sobre a importância das relações estabelecidas no cotidiano dos serviços.

Este capítulo é um relato de experiência, de abordagem qualitativa e descritiva, construído a partir do estágio supervisionado em Psicologia e Enfermagem na clínica psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, hospital geral de referência estadual em Porto Velho, Rondônia. As informações resultam de observação participante, escuta ativa dos pacientes internados e análise documental, registradas ao longo do estágio e apresentadas de modo a preservar o anonimato dos participantes. Nesse contexto, foi possível observar de perto a lógica hospitalocêntrica e seus efeitos no cotidiano da internação. O objetivo é analisar como a atuação da equipe multidisciplinar, com ênfase nas contribuições da Psicologia e da Enfermagem, se relaciona com a construção de um cuidado em liberdade e em território, discutindo as condições institucionais que dificultam a integração do sujeito ao território.

Os resultados e a discussão estão organizados em quatro seções: a caracterização da instituição; a passagem da lógica hospitalocêntrica à atenção psicossocial; o "morador" de hospital psiquiátrico e o fenômeno da "porta giratória"; e as perspectivas de atuação multiprofissional baseadas no acolhimento. Nas considerações finais, retomam-se os principais achados e discute-se em que medida o cuidado em liberdade

depende de uma rede de atenção psicossocial que acompanhe o sujeito de forma territorializada e longitudinal.

2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A psiquiatria do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro é composta por duas alas, feminina e masculina, formadas por quartos coletivos que contêm apenas leitos hospitalares simples para cada paciente e um sanitário. Os quartos se dispõem ao longo de um grande corredor principal e acomodam, em média, de seis a oito pessoas cada, enquanto as janelas, todas com grades, dão vista para um amplo pátio externo, que funciona como área comum, e há uma quadra esportiva na ala masculina. Além disso, a rotina alimentar inclui seis refeições diárias, com itens selecionados para pacientes com restrição alimentar, como diabetes e intolerância à lactose.

A partir dessa estrutura de organização, foi observado uma diferença no nível de exposição entre as alas: na masculina, o interior dos quartos é amplamente visível a quem transita pelo corredor, ao passo que na feminina eles são mais reservados. Em ambos os setores havia leitos improvisados, com colchões colocados no chão em alguns casos. Foram relatados ainda atravessamentos relacionados ao gênero, sobretudo no momento do banho, que ocorre de maneira coletiva na ala masculina. Esses aspectos demonstram como a organização dos espaços e das atividades cotidianas pode repercutir na intimidade e na experiência durante a internação.

A ausência de ambientes destinados aos atendimentos privativos representa uma limitação para a realização da escuta e do acompanhamento individualizado no contexto da internação psiquiátrica. Durante o estágio, a única exceção era a sala da psicóloga do hospital, de modo que as demais interações aconteciam nas áreas comuns. Nesses espaços, era frequente que outros internos se aproximassem enquanto um atendimento estava em andamento, o que exigia um manejo cuidadoso para preservar a privacidade do paciente e sustentar a atenção clínica. Essa dinâmica evidenciava os desafios de conduzir atendimentos individuais em ambientes compartilhados, nos quais a privacidade nem sempre podia ser assegurada. Para a equipe multidisciplinar, portanto, a ausência de espaços privativos limita as possibilidades de uma escuta qualificada e de um acompanhamento individualizado, aspectos fundamentais para a construção do cuidado psicossocial.

Outro aspecto que chama a atenção ao chegar ao local é a ausência de elementos decorativos ou objetos que tornem o ambiente mais acolhedor. Diante dessa configuração, é possível observar que alguns pacientes atribuem valor afetivo a pequenos pertences pessoais, como pulseiras, terços, anéis e cordões, operando de forma simbólica como referências de conforto em meio aos desafios vivenciados durante a internação. Esses objetos, embora simples, assumem um significado na experiência individual, constituindo

formas de preservar vínculos e referências pessoais em um espaço marcado pela padronização dos ambientes. Assim, a relação dos pacientes com seus pertences também permite observar a importância dos elementos que sustentam sua identidade e subjetividade no contexto institucional.

Durante as escutas realizadas, alguns pacientes relataram situações envolvendo condutas violentas, enquanto outros apresentavam hematomas pelo corpo, evidenciando aspectos preocupantes das experiências vivenciadas no contexto da internação. Todos os internos escutados afirmaram utilizar as medicações conforme a prescrição médica. Entretanto, alguns relataram que, em situações de conflito, receberam medicação injetável como forma de contenção química, mesmo sem apresentar sinais de agitação motora. Um dos pacientes relatou: "*Quando discuti com um paciente, aplicaram uma dose de Haldol com Fenergan em mim e eu não estava agitado*". Discursos como esse levantam questionamentos sobre o manejo dos conflitos e o uso da medicação como recurso de contenção na instituição, apontando para possíveis práticas coercitivas. Dessa forma, as experiências relatadas permitem problematizar as práticas de cuidado adotadas durante a internação, especialmente no que diz respeito às formas de intervenção e à garantia dos direitos dos pacientes.

Nessa discussão, a permanência de práticas manicomiais também se expressa na forma como as pessoas em sofrimento psíquico são reconhecidas e tratadas nos espaços de cuidado. Dessa forma, quando a psiquiatria objetifica e silencia histórias e sofrimentos, produz-se uma relação de segregação e exclusão social, dificultando a adesão ao tratamento (Basaglia, 1985). Nesse processo, o sujeito atravessado pelos estigmas da institucionalização passa a assumir, durante a internação, a persona do "louco manicomializado". Em contrapartida, Basaglia (2005) propõe que a loucura seja compreendida como uma condição humana, e não como uma condição patológica, para que o sujeito seja reconhecido como membro do território, seu valor social e econômico precisa ser compreendido e valorizado, o que envolve promover a saúde mental, incentivar o cuidado em liberdade e a autonomia e garantir os direitos humanos. Desse modo, a transformação da assistência em saúde mental também passa pelo reconhecimento da pessoa em sua condição de sujeito, rompendo com as formas de segregação que historicamente marcaram sua relação com a sociedade.

A estrutura descrita, com quartos coletivos, pouca privacidade e ausência de elementos acolhedores, não favorece o reconhecimento do sujeito em sua singularidade e reforça o risco de sua desarticulação do território.

2.2 DA LÓGICA HOSPITALOCÊNTRICA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A ruptura com o modelo asilar ganhou força a partir da criação do SUS, pela Lei n. 8.080/1990, que orientou as políticas de saúde para uma clínica preventiva e promocional, desenvolvida fora do ambiente hospitalar e com a participação de equipes multidisciplinares (Brasil, 1990). Posteriormente, a Lei n.

10.216/2001 estabeleceu a reorganização da assistência em saúde mental, com a implantação de serviços substitutivos aos manicômios (Brasil, 2001). Nesse sentido, Pessoa Júnior *et al*. (2016) destaca que a Política Nacional de Saúde Mental exigiu a transição do padrão manicomial para um modelo de atenção psicossocial de base comunitária, deslocando o eixo do cuidado da instituição hospitalar para os serviços inseridos no território.

A partir dessa reorganização, o hospital deixa de ocupar o centro do sistema de saúde mental e passa a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um de seus componentes. Conforme Ramos, Guimarães e Enders (2011), em substituição ao paradigma hospitalocêntrico, surge o paradigma psicossocial, que busca transformar a lógica organizacional dos serviços e estruturar uma rede substitutiva ao hospital, pautada na atenção territorial e inclusiva, assim, o atendimento hospitalar passa a ser restrito às situações de crise, orientado pelo princípio do retorno ao convívio social no menor tempo possível. Essa mudança também exige transformações na organização dos processos de trabalho e nas relações estabelecidas entre profissionais, usuários e serviços que compõem a rede (Gonçales e Machado, 2013).

Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) amplia a participação coletiva de profissionais e usuários nos processos de saúde, ao mesmo tempo que propõe uma reflexão sobre os modelos de gestão e de atenção. A construção de um cuidado humanizado depende do nível de corresponsabilidade entre os atores presentes na rede do SUS, por meio de dispositivos que possibilitem a troca de ideias e o diálogo sobre os processos de trabalho em equipe, permitindo avaliar e implementar estratégias eficazes. Para Lancetti (2016), o olhar transversal se estabelece pela prática da democracia psíquica, na qual as convergências vinculares são sustentadas e adquirem capacidade de transformação e garantia de direitos. Assim, a construção de práticas de cuidado humanizadas também envolve a articulação entre os diferentes atores e a valorização das relações estabelecidas no território

Tal articulação, por sua vez, exige a construção de componentes de comunicação capazes de estabelecer conexões entre os diferentes atores envolvidos na produção do cuidado. Guattari (1992) entende que a produção de saúde mental no território exige forjar componentes de comunicação capazes de mediar a linguagem e estabelecer pontos de conexão entre as partes, pois, sem essa articulação, podem ser instituídas vias de aprisionamento e estagnações éticas. Nessa perspectiva, emerge a importância de integrar as pessoas com sofrimento psíquico ao laço social, reconhecendo sua participação como cidadãos e possibilitando que suas relações com o território sejam construídas de forma transversal (Lancetti, 2016). A efetivação dessa proposta, entretanto, depende de uma rede de serviços capaz de sustentar o cuidado para além dos espaços institucionais.

A consolidação desse modelo de atenção, contudo, ainda representa um desafio diante das fragilidades na organização e na articulação dos serviços que compõem a rede. Jardim e Dimenstein (2007) assinalam que a rede não oferece suporte suficiente para o manejo das situações de crise, fazendo com que

os serviços de urgência assumam essa função quase exclusivamente. Assim, ao manter o hospital psiquiátrico como principal recurso de alta complexidade e delegar aos serviços de urgência o cuidado das pessoas em crise, a rede reforça o fluxo de internações e fragiliza os princípios da Reforma Psiquiátrica, que defendem o cuidado territorial, comunitário e em liberdade. Essas limitações evidenciam que a substituição do modelo asilar não depende apenas da reorganização dos serviços, mas também da transformação das práticas e das relações estabelecidas com as pessoas em sofrimento psíquico.

2.3 O "MORADOR" DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E O FENÔMENO DA "PORTA-GIRATÓRIA"

As internações de longa duração em hospitais psiquiátricos constituem uma expressão da permanência da lógica manicomial, evidenciando os desafios ainda existentes no processo de desinstitucionalização e na reinserção ao laço social das pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Frazatto e Boarini (2013), apesar dos progressos da Reforma Psiquiátrica na desinstitucionalização e na redução da permanência nos hospitais, ainda há pessoas vivendo em instituições psiquiátricas por longos períodos. De acordo com esse contexto, fica evidente que a lógica manicomial continua existindo sob novas formas, sendo destacada a figura do sujeito "morador de hospital psiquiátrico", que se configura em um longo tempo de internação, ultrapassando mais de um ano, e que, mesmo após a superação do período crítico e estando de alta médica, não retorna ao seu território por falta de suporte comunitário adequado.

A permanência prolongada de pessoas em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos pode desencadear um processo de cronificação institucional, geralmente associado a reinternações recorrentes, rupturas dos vínculos familiares e perda de habilidades necessárias à vida diária. Essa dinâmica está diretamente relacionada ao fenômeno da "porta giratória", caracterizado pelo trânsito frequente da pessoa entre a comunidade e a instituição, sem que sejam construídas condições suficientes para sustentar sua permanência fora do ambiente hospitalar. Para Ramos, Guimarães e Enders (2011, p. 521), esse movimento é marcado pelas reospitalizações frequentes, configurando um "ciclo recidivo de internação/alta/reinternação", que evidencia a dificuldade de romper com a dinâmica de sucessivas internações psiquiátricas.

Devido a desarticulação dos dispositivos substitutivos e a fragilidade da rede de atenção psicossocial, tais lacunas contribuem para a recorrência das internações psiquiátricas. Sendo assim, foi identificada uma relação direta entre as reinternações e a desarticulação ou insuficiente articulação desses serviços, evidenciando a necessidade de uma organização intersetorial do cuidado (Ramos, Guimarães e Enders, 2011). Dessa forma, quando a rede comunitária não funciona ou não oferece suporte suficiente, o hospital passa a ser o principal recurso disponível à pessoa em sofrimento psíquico e à sua família. Esse achado converge com a análise de Jardim e Dimenstein (2007), que apontam que, ao manter o hospital psiquiátrico como principal recurso de alta complexidade e delegar aos serviços de urgência o atendimento

das pessoas em crise, a rede reforça o fluxo de internações e fragiliza o cuidado territorial, comunitário e em liberdade.

Nesse contexto, a manutenção do modelo manicomial contribui para a produção de agravos que poderiam ser evitados por meio de um tratamento em consonância com os preceitos da atenção psicossocial. Nessa perspectiva, não há lugar para o "morar" em um hospital psiquiátrico tradicional, uma vez que se busca garantir a permanência em leitos comuns pelo menor tempo possível (Frazatto e Boarini, 2013). Essa compreensão também implica um deslocamento no trabalho da equipe multidisciplinar, que, além de conduzir o atendimento durante a crise, precisa atuar no planejamento da alta, no fortalecimento dos vínculos familiares e na articulação com a rede de serviços. Dessa forma, o cuidado não se restringe ao período de internação, mas envolve a construção de condições para o retorno ao convívio social, evitando que o hospital permaneça como único recurso diante das necessidades de cuidado.

2.4 PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL BASEADAS NO ACOLHIMENTO

No contexto hospitalar, a construção de práticas de cuidado orientadas pelo acolhimento exige compreender a internação como um momento de atenção à crise, mas não como um processo isolado da trajetória de vida do sujeito. Nessa perspectiva, o cuidado deve considerar as experiências subjetivas, os vínculos sociais e os contextos que atravessam o sofrimento psíquico, evitando reduzir a pessoa à manifestação de sintomas ou ao diagnóstico (Garcia e Costa, 2014). Conforme Kinker e Moreira (2021), a intervenção em situações de crise deve considerar os sentidos atribuídos pelo sujeito à própria experiência, buscando não apenas reduzir o sofrimento, mas também construir outras possibilidades de enfrentamento e sustentação de seus laços familiares e comunitários. Assim, o acolhimento passa a orientar uma atuação que reconhece a singularidade de cada pessoa e considera sua participação na construção das estratégias de cuidado.

Essa atuação também pressupõe reconhecer que o acolhimento não se resume à recepção cordial ou à adoção de comportamentos padronizados pelos profissionais. Sodré e Rocon (2023) compreendem o trabalho em saúde como uma prática essencialmente relacional, na qual as tecnologias leves se expressam por meio dos encontros, da escuta, da construção de vínculos e da disponibilidade para reconhecer as diferenças que atravessam a experiência dos usuários. No contexto psiquiátrico, essa compreensão implica superar intervenções que desconsideram as particularidades dos sujeitos ou os enquadram exclusivamente a partir de diagnósticos e protocolos (Gonçales e Machado, 2013). Trata-se de construir relações de cuidado que permitam a expressão das necessidades, o reconhecimento das experiências individuais e a participação do usuário nas decisões relacionadas ao seu tratamento.

Sob a ótica da Enfermagem, o acolhimento se materializa nas ações cotidianas de cuidado que atravessam o corpo e a rotina do paciente: o banho, a higiene, a alimentação, a administração das

medicações e a observação de sinais físicos. Esses são momentos em que sinais como os hematomas descritos no item 2.1 e as queixas sobre o uso de medicação injetável em situações de conflito podem ser percebidos e escutados, o que mostra que o cuidado de enfermagem também é um espaço de escuta e de vigilância dos direitos do paciente. Nessa direção, tecnologias leves, como o diálogo, a explicação prévia de cada procedimento e o respeito à privacidade durante o banho e a medicação, podem reduzir a lógica da contenção e fortalecer o vínculo (Sodré e Rocon, 2023). A atuação conjunta entre Psicologia e Enfermagem permite, assim, que o que é escutado na fala seja cruzado com o que é observado no corpo, subsidiando discussões de caso e o planejamento da alta com a equipe multidisciplinar, a família e a rede de serviços.

A partir disso, as intervenções realizadas durante a internação devem contribuir para a construção de recursos que favoreçam a autonomia e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Para tanto, é necessário desenvolver estratégias que envolvam o próprio usuário, seus familiares e os profissionais que integram a rede de atenção, considerando as possibilidades de acompanhamento no território, assim, tal articulação permite que o cuidado não fique restrito ao espaço institucional, mas encontre continuidade nas relações presentes no laço social (Kinker e Moreira, 2021). Nessa direção, a preparação para a alta não deve ser compreendida apenas como encerramento de um período de internação, mas como parte de um processo de cuidado compartilhado, orientado à retomada dos vínculos sociais e à participação do sujeito na sociedade.

Desse modo, uma psiquiatria baseada no acolhimento exige práticas que reconheçam o sujeito para além de sua condição clínica, valorizando sua história, suas relações e sua capacidade de participar do próprio processo de cuidado. A internação, quando necessária, deve constituir um momento de suporte à crise, sem produzir rupturas com o território ou limitar as possibilidades de existência do indivíduo à experiência hospitalar. Essa perspectiva reforça a importância de uma atuação articulada à rede de atenção psicossocial, na qual o acolhimento e a construção de vínculos possam sustentar a continuidade do cuidado em liberdade (Gonçales e Machado, 2013; Kinker e Moreira, 2021).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência teve como propósito analisar, a partir da experiência de estágio em uma clínica psiquiátrica hospitalar, como a atuação da equipe multidisciplinar se relaciona com a construção de um cuidado em liberdade e em território. Esse propósito partiu do desafio, herdado da Reforma Psiquiátrica, de sustentar um cuidado que reconheça o usuário como sujeito de direitos mesmo dentro de um serviço hospitalar. À luz do que foi observado, a equipe multidisciplinar só consegue exercer esse cuidado de modo parcial, porque a estrutura e as práticas da instituição ainda guardam traços da lógica manicomial. Ao mesmo tempo, a perspectiva do acolhimento mostrou-se um caminho possível para reorientar essa atuação.

Nesse sentido, a inserção de profissionais de diferentes áreas em uma instituição psiquiátrica exige, antes de tudo, compreender os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária como norteadores das práticas de trabalho, para que seja possível garantir os direitos humanos no manejo dos pacientes. Além disso, tal compreensão contribui para que a concepção de cuidado parta da construção de relações, caminho primordial para as intervenções em saúde. No ambiente hospitalar, o manejo deve se orientar à intervenção na crise, momento que envolve colapso existencial, incapacidade de reação, desamparo e aumento da vulnerabilidade. Assim, o tratamento deve acompanhar o olhar para o sofrimento psíquico, com espaços de acolhimento, escuta ativa, validação do sujeito e outras fontes de apoio que permitam a recuperação da autonomia.

Em contrapartida, à luz dos autores citados, a experiência de estágio revelou aspectos contrários aos norteadores da Reforma e da Luta Antimanicomial, pela presença de indícios de práticas coercitivas, punitivas e estigmatizantes. Diante da análise realizada, o cuidado em liberdade não se garante apenas pela existência de serviços substitutivos, mas depende de uma transformação das práticas e das relações com as pessoas em sofrimento psíquico, inclusive no interior do hospital. Nessa perspectiva, a internação, quando necessária, deve ser um momento de suporte à crise, com preparação da alta, fortalecimento dos vínculos familiares e articulação com a rede, sem romper os laços do sujeito com o território. Sustentar essa direção é, em última instância, o compromisso que a equipe multidisciplinar assume ao reconhecer cada paciente como cidadão.

A partir da perspectiva da Enfermagem, a experiência evidenciou que o cuidado cotidiano é também lugar de reprodução ou de superação da lógica manicomial. Práticas como o banho coletivo, a ausência de privacidade e a medicação injetável utilizada como contenção, sem manejo verbal prévio, contrariam o princípio do cuidado em liberdade, enquanto a explicação dos procedimentos, a escuta atenta e a comunicação de sinais clínicos e queixas à equipe sustentam um cuidado de acolhimento. Reconhecer essa dimensão amplia o papel da Enfermagem na atenção psicossocial para além da execução de prescrições e a coloca como parceira da Psicologia na defesa dos direitos dos pacientes e na construção de um cuidado integral.

Nesse viés, é possível concluir que o modelo hospitalocêntrico experienciado restringe práticas integrativas, acolhedoras, intersetoriais e de matriciamento na RAPS, e que, sem acompanhamento territorializado e longitudinal, o sujeito fica privado do bem-estar em sociedade e da possibilidade de novas narrativas com o laço social. Para a integração ao território, torna-se essencial a presença de uma equipe multidisciplinar alinhada e de uma rede que sustente o cuidado em liberdade para além da internação. A convivência com os pacientes, ainda que breve, ampliou o entendimento sobre o sofrimento, o cuidado, o vínculo e a responsabilidade ética, e acompanhará os autores em práticas futuras, de modo mais consciente, seguro e humanizado.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL, Dayane Degner Ribeiro; LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. Reforma psiquiátrica brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Revista Psicofae: Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 13-32, 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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: seção 1, Brasília, DF, p. 237, 26 dez. 2011.

CARDOSO, Antonio José Costa; TRINO, Alexandre; PEDRA, Marcelo; MEDEIROS, Pollyanna Pimentel de. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. Pág. 57–63, 2014. DOI: 10.18569/tempus.v8i1.1453. Disponível em: https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1453. Acesso em: 3 nov. 2026.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

FRAZATTO, Carina Furlaneto; BOARINI, Maria Lucia. O "morar" em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-"moradores". **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 257-267, abr./jun. 2013.

GARCIA, A. M.; COSTA, H. DE C. P. A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 399–408, abr. 2014.

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. As tecnologias do cuidado em saúde mental. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 58, n. 3, p. 146-150, 2013. Disponível em: https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/240. Acesso em: 02 nov. 2026.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 1992. Disponível em: https://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2013/02/Caosmose.pdf. Acesso em: 02 nov. 2026.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

KINKER, F. S.; MOREIRA, M. I. B. Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 178–190, jan. 2021.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

PESSOA JÚNIOR, João Mário et al. Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, e3020015, 2016.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 519-527, abr./jun. 2011.

SODRÉ, F.; ROCON, P. C. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”?. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210545pt, 2023.