

Artigo Original

Braga FS, Olschowsky A, Xavier MS, Silva AB, Santos EO, Nunes CK.

Relações terapêuticas e cuidado no enfrentamento da vulnerabilização na porta giratória psiquiátrica.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250168.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250168.pt>

Relações terapêuticas e cuidado no enfrentamento da vulnerabilização na porta giratória psiquiátrica

Therapeutic relationships and care in addressing vulnerability in the psychiatric revolving-door phenomenon

Relaciones terapéuticas y cuidado en el enfrentamiento de la vulnerabilización en la puerta giratoria psiquiátrica

Fabício Soares Braga^a <https://orcid.org/0000-0002-0466-9954>

Agnes Olschowsky^b <https://orcid.org/0000-0003-1386-8477>

Mariane da Silva Xavier^b <https://orcid.org/0000-0003-1176-2812>

Aline Basso da Silva^c <https://orcid.org/0000-0001-6711-4553>

Elitiele Ortiz dos Santos^d <https://orcid.org/0000-0002-2537-6069>

Cristiane Kenes Nunes^e <https://orcid.org/0000-0002-8355-568X>

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

^c Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil

^d Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Uruguaiana, RS, Brasil

^e Prefeitura Municipal de Canoas, Canoas, RS, Brasil

Como citar este artigo:

Braga FS, Olschowsky A, Xavier MS, Silva AB, Santos EO, Nunes CK. Relações terapêuticas e cuidado no enfrentamento da vulnerabilização na porta giratória psiquiátrica.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250168. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250168.pt>

RESUMO

Objetivo: Analisar as relações terapêuticas na atenção psicossocial e seu papel para enfrentar a vulnerabilização em que se encontram pessoas envolvidas no fenômeno da porta giratória.

Método: Estudo de caso qualitativo, fundamentado no materialismo histórico-dialético, realizado em serviços de saúde e assistência social do Sul do Brasil, de março a agosto de 2023. Participaram oito usuários maiores de 18 anos, todos com, ao menos, duas internações

psiquiátricas no período de 2021 a 2023. A coleta incluiu entrevistas discursivas guiadas, informações do sistema de internação e anotações de campo. Os dados foram analisados, com apoio do NVivo® 14, em etapas: segmentação, qualificação e individuação. **Resultados:** As narrativas revelaram múltiplas vulnerabilidades: individuais (transtornos mentais graves, uso problemático de substâncias, baixa adesão terapêutica), sociais (desemprego, rupturas familiares, moradia precária) e programáticas (fragilidades na rede de atenção, acesso limitado à assistência social). Evidenciou-se que experiências de integração entre Centros de Atenção Psicossocial e serviços da assistência social possibilitam alternativas concretas à reinternação, como acesso a benefícios, apoio habitacional, mediação de direitos e fortalecimento comunitário. **Considerações finais:** As relações terapêuticas, pautadas pelo acolhimento, corresponsabilização, suporte comunitário e garantia de direitos, constituem tecnologia essencial para a continuidade do cuidado em liberdade e do enfrentamento da vulnerabilização.

Descritores: Saúde mental; Vulnerabilidade social; Apoio social; Serviço social; Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze therapeutic relationships in psychosocial care and their role in addressing the vulnerability of people involved in the revolving door phenomenon.

Method: A qualitative case study, grounded in historical-dialectical materialism, was conducted in health and social assistance services in southern Brazil between March and August 2023. Participants included eight patients over 18 years of age, all with at least two psychiatric hospitalizations between 2021 and 2023. Data collection included guided discursive interviews, information from the hospitalization system, and field notes. Data were analyzed, supported by NVivo® 14, in stages: segmentation, qualification, and individuation.

Results: The narratives revealed multiple vulnerabilities: individual (severe mental disorders, problematic substance use, low therapeutic adherence), social (unemployment, family breakdown, precarious housing), and programmatic (weaknesses in the care network, limited access to social assistance). It was evident that experiences of integration between Psychosocial Care Centers and social assistance services provide concrete alternatives to rehospitalization, such as access to benefits, housing support, rights mediation, and community strengthening.

Final considerations: Therapeutic relationships, guided by acceptance, shared responsibility, community support, and the guarantee of rights, constitute essential technology for the continuity of care in freedom and the confrontation of vulnerability.

Descriptors: Mental health; Social vulnerability; Social support; Social work; Psychiatric nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las relaciones terapéuticas en la atención psicosocial y su papel en el abordaje de la vulnerabilidad de las personas involucradas en el fenómeno de las puertas giratorias.

Método: Se realizó un estudio de caso cualitativo, basado en el materialismo histórico-dialéctico, en servicios de salud y asistencia social del sur de Brasil entre marzo y agosto de 2023. Participaron ocho pacientes mayores de 18 años, todos con al menos dos hospitalizaciones psiquiátricas entre 2021 y 2023. La recolección de datos incluyó entrevistas discursivas guiadas, información del sistema de hospitalización y notas de campo. Los datos se analizaron, con el apoyo de NVivo® 14, en etapas: segmentación, calificación e individuación.

Resultados: Las narrativas revelaron múltiples vulnerabilidades: individuales (trastornos mentales graves, consumo problemático de sustancias, baja adherencia terapéutica), sociales (desempleo, desintegración familiar, vivienda precaria) y programáticas (debilidades en la red de atención, acceso limitado a la asistencia social). Se evidenció que las experiencias de integración entre los Centros de Atención Psicosocial y los servicios de asistencia social ofrecen alternativas concretas a la rehospitalización, como el acceso a beneficios, el apoyo habitacional, la mediación de derechos y el fortalecimiento comunitario.

Consideraciones finales: Las relaciones terapéuticas, guiadas por la aceptación, la responsabilidad compartida, el apoyo comunitario y la garantía de los derechos, constituyen una tecnología esencial para la continuidad de la atención en libertad y la superación de la vulnerabilidad.

Descriptores: Salud mental; Vulnerabilidad social; Apoyo social; Servicio social; Enfermería psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O fenômeno da porta giratória se caracteriza pela reincidência de internações psiquiátricas em curto intervalo de tempo, envolvendo pessoas com transtornos mentais graves que retornam repetidamente aos serviços hospitalares, mesmo após a implementação de políticas de desinstitucionalização voltadas à reinserção comunitária⁽¹⁻²⁾. No Brasil, estudos apontam taxas de readmissão variando entre 16% em 30 dias e 22% em um ano, evidenciando a persistência do problema e a necessidade de estratégias que assegurem a continuidade do cuidado⁽³⁻⁴⁾.

A Reforma Psiquiátrica brasileira consolidou a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) como eixo da política de saúde mental, substituindo o modelo manicomial por serviços territoriais e comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em articulação com a Atenção Primária à Saúde e a assistência social. Contudo, as fragilidades estruturais e a descontinuidade entre os pontos de atenção comprometem a integralidade do cuidado e mantêm o ciclo de internações⁽⁵⁾.

Os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) cumprem papel estratégico na proteção de pessoas em situação de vulnerabilidade e na articulação com a saúde mental, reconhecida pelos usuários como essencial para garantir o acesso e a continuidade do cuidado⁽⁶⁾. Ainda assim, o subfinanciamento da RAPS, a rotatividade de profissionais e a precarização laboral dificultam práticas interdisciplinares, a construção de projetos terapêuticos e a consolidação de abordagens psicossociais em substituição às medicalizantes e hospitalocêntricas^(5,7).

Nos últimos anos, o tensionamento das políticas de saúde mental, com restrição de recursos e incentivo à hospitalização, agravou a descontinuidade do cuidado e reforçou o

fenômeno da porta giratória. Em contrapartida, experiências com modelos integrados, que articulam hospital e serviços comunitários, têm demonstrado redução nas reinternações e nos atendimentos de urgência^(1-2,5).

Essas fragilidades expressam processos de vulnerabilização resultantes da interação de dimensões individuais (transtornos persistentes, adesão ao tratamento), sociais (baixa escolaridade, suporte familiar limitado) e programáticas (interrupções no cuidado, acesso restrito aos serviços). Trata-se, portanto, de uma produção histórica e social de vulnerabilidades, atravessada por políticas, economia, território e relações de poder⁽⁵⁻⁸⁾. O *World Mental Health Report 2022* reforça que falhas programáticas e sociais explicam o não acesso de muitas pessoas com psicose aos serviços de saúde mental, evidenciando que o ciclo da porta giratória decorre menos de fatores individuais e mais de desigualdades estruturais^(5,8,9).

Nesse contexto, as relações terapêuticas sustentadas pela equipe multiprofissional dos CAPS, configuram-se como tecnologia central para o cuidado em liberdade e para o enfrentamento da vulnerabilização, pois promovem práticas integradas e corresponsáveis entre profissionais e usuários^(7,10). O cuidado contínuo e territorial favorece vínculos de confiança, adesão ao tratamento e redução das reinternações^(1,3,7,10).

A enfermagem psiquiátrica tem papel fundamental nesse processo, ao desenvolver competências clínicas, relacionais e éticas que contribuem para superar práticas hospitalocêntricas e consolidar abordagens humanizadas e reabilitadoras⁽¹⁰⁾. Assim, compreender como as relações terapêuticas contribuem para o enfrentamento da vulnerabilização permite fortalecer práticas de cuidado que asseguram continuidade e autonomia às pessoas com transtornos mentais graves.

Diante disso, este estudo busca responder: de que modo as relações terapêuticas estabelecidas na atenção psicossocial contribuem para o enfrentamento da vulnerabilização de pessoas envolvidas no fenômeno da porta giratória? O objetivo é analisar as relações terapêuticas na atenção psicossocial e seu papel no enfrentamento da vulnerabilização vivenciada por essas pessoas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, de fundamentação teórico-metodológica no materialismo histórico-dialético, que compreende a realidade como processo dinâmico, contraditório e historicamente construído, permitindo a análise crítica das relações sociais e dos processos de vulnerabilização na atenção psicossocial⁽¹¹⁾. Esse referencial orientou tanto a

delimitação do objeto de estudo quanto a análise dos dados, guiando a interpretação das contradições entre as políticas públicas, as práticas institucionais e as experiências dos sujeitos, de modo a apreender as mediações entre dimensões individuais, sociais e programáticas do fenômeno estudado.

O delineamento de estudo de caso foi adotado por possibilitar a análise em profundidade do fenômeno da porta giratória, articulando múltiplas fontes de evidência e permitindo compreender a complexidade do cuidado no território⁽¹²⁾.

O estudo foi desenvolvido em um distrito de saúde em um município da região Sul do Brasil, de março a agosto de 2023. O território possui cerca de 100 mil habitantes distribuídos em seis bairros, com indicadores de vulnerabilidade social, como taxa de analfabetismo de 3,48% e renda per capita média de 3,80 salários mínimos. Três serviços públicos compuseram a unidade de investigação: um CAPS II, um CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) e um CREAS. A escolha desses serviços se justificou pela presença consolidada da RAPS e pela articulação intersetorial entre saúde e assistência social, considerados fundamentais no atendimento de pessoas com transtorno mental grave.

Participaram deste estudo oito usuários maiores de 18 anos, selecionados por amostragem intencional, com base na técnica de tipificação⁽¹³⁾, contemplando diversidade de perfis sociodemográficos e vivências de cuidado. O critério de inclusão foi ter vivenciado duas ou mais internações psiquiátricas entre setembro de 2021 e setembro de 2023, indicador consolidado do fenômeno da porta giratória em estudos nacionais e internacionais sobre reinternações psiquiátricas⁽¹⁻⁴⁾. Seriam excluídas pessoas com limitações clínicas ou cognitivas que inviabilizassem a comunicação, fato não identificado durante a coleta.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal, homem, doutor em enfermagem e com experiência prévia em múltiplos estudos envolvendo coletas de dados qualitativos. Utilizaram-se três estratégias complementares de coleta de dados: entrevistas discursivas guiadas, anotações em diário de campo e análise de dados secundários. As entrevistas ocorreram em espaços reservadas no CAPS II e no CAPSad, garantindo privacidade e conforto. Os participantes foram convidados individualmente durante o período de ambiência nos serviços e também indicados pelas equipes de referência. Cada participante concedeu uma única entrevista guiada por um roteiro temático progressivo, abordando experiências de vida e de cuidado, internações e reinternações, relações terapêuticas e expectativas quanto à continuidade do cuidado. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com duração de 40 a 60 minutos, e encerradas após atingir a saturação teórica⁽¹⁴⁾. As entrevistas foram conduzidas com a presença do pesquisador e do participante. Não houve

devolutiva individual ou coletiva dos resultados aos participantes, tampouco validação externa por outros pesquisadores.

O diário de campo foi elaborado ao final de cada dia de inserção, registrando observações e hipóteses analíticas iniciais. Esse material subsidiou a compreensão do território e foi integrado às entrevistas na análise, garantindo coerência entre fontes de dados. As informações secundárias foram obtidas na plataforma de Gerenciamento de Internações (Gerint), da Secretaria Municipal de Saúde, e utilizadas para caracterizar o perfil e o histórico de internações dos participantes.

A análise dos dados ocorreu em três etapas: segmentação em unidades de sentido; qualificação, com atribuição de códigos analíticos e categorização; e individuação, voltada à identificação de padrões e contrastes. O software NVivo® 14 foi utilizado como ferramenta de organização e sistematização; a interpretação crítica dos dados foi conduzida à luz do materialismo histórico-dialético, articulando as contradições entre contexto, sujeitos e práticas de cuidado.

Sendo uma pesquisa qualitativa, o rigor não se limitou à replicabilidade estatística ou generalização típica dos métodos quantitativos, mas se funda em transparência dos procedimentos, a consistência argumentativa e a plausibilidade das conclusões construídas a partir da interação entre dados e teoria⁽¹³⁾. Tais princípios foram adotados ao descrever detalhadamente os procedimentos de coleta e análise, ao codificar e categorizar os dados com sistematização via NVivo® e ao explicitar os limites de inferência.

A confidencialidade foi garantida pela identificação dos participantes com pseudônimos relacionados aos protagonistas a Semana de Arte Moderna de 1922 e pela omissão de detalhes que pudessem permitir reconhecimento. O relato do estudo foi elaborado conforme o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹⁵⁾. Todos os procedimentos éticos observaram a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 61283622.3.3001.5338, Parecer nº 6.161.725). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo oito usuários da RAPS, todos com histórico de reinternações psiquiátricas. As idades variaram de 21 a 63 anos, sendo sete homens e uma mulher. A maior parte era solteira, com baixa escolaridade e vínculos ocupacionais fragilizados ou interrompidos, marcados pelo desemprego e pela aposentadoria precoce. O número de

internações no período delimitado variou de duas a seis, totalizando até oito internações no histórico pessoal. Os diagnósticos predominantes incluíram esquizofrenia, depressão grave e uso problemático de álcool e cocaína, frequentemente associado à fragilidade de redes de apoio e à instabilidade social.

Dois casos ilustram esse contexto. Anita, 48 anos, única mulher do grupo, com diagnóstico de esquizofrenia, vivenciou duas internações em 2023 e apresentava baixa adesão ao tratamento medicamentoso, retornando à internação duas semanas após a entrevista. Seu relato expressa isolamento social, dificuldade de vinculação aos serviços e a permanência de práticas centradas na medicalização. Emiliano, 21 anos, negro, solteiro e desempregado, teve seis reinternações de 2021 a 2023, totalizando oito em seu histórico, associadas à depressão grave e ao uso de cocaína. Sua vivência revela a sobreposição de vulnerabilidades individuais e sociais: o adoecimento psíquico, o consumo de substâncias psicoativas e a ausência de suporte familiar e comunitário.

As narrativas desses participantes refletem dimensões interdependentes de vulnerabilidade individual, social e programática, que não se manifestam de forma isolada, mas se articulam historicamente na produção da vulnerabilização^(5,8). As fragilidades programáticas da rede de atenção, expressas na descontinuidade do cuidado e na insuficiência de articulação intersetorial, repercutem diretamente nas condições sociais dos usuários, produzindo rupturas familiares, exclusão laboral e retorno recorrente às internações. Assim, a vulnerabilização configura-se como processo estrutural e relacional que atravessa a vida dos sujeitos e sustenta o fenômeno da porta giratória^(1-4,5,8). Esses achados reforçam que estratégias de cuidado integradas e territorializadas são essenciais para romper o ciclo de reinternações e fortalecer a continuidade do cuidado.

Experiências nos serviços de saúde

Os relatos dos participantes (Victor, Emiliano, Mário, Manuel, Oswald, Anita, Guilherme, Ronald) revelam experiências atravessadas por vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, que se expressam na forma como vivenciam a rede de saúde. Embora cada trajetória apresente singularidades, emergem convergências: a centralidade do uso da medicação, as marcas traumáticas das internações, o CAPS como espaço de pertencimento e os desafios adicionais impostos pela pandemia de COVID-19. Essas vivências evidenciam contradições estruturais que conformam o fenômeno da porta giratória na saúde mental brasileira.

As reinternações psiquiátricas aparecem de modo recorrente, associadas à centralidade do tratamento farmacológico no cotidiano. Victor ilustra esse movimento ao relatar que o uso regular do clonazepam trouxe alívio diante de alucinações auditivas:

Eu comecei a melhorar mais quando eu comecei a tomar clonazepam. Por causa que daí o efeito da medicação, fez com que eu ficasse mais tranquilo. E eu não ligasse pra ouvir vozes. Ou pra se eu tivesse alucinações. (Victor)

Victor expressa a dimensão protetiva da medicação, reconhecida pela literatura como fator associado à redução de reinternações entre pessoas com transtornos mentais graves⁽¹⁶⁾. Contudo, a análise dialética indica que o uso de psicofármacos, embora necessário em certos contextos, é frequentemente instituído como único recurso terapêutico, expressando a tendência histórica de medicalização do sofrimento psíquico e a limitação das práticas psicossociais.

Essa perspectiva se amplia quando os participantes relatam que ouvir vozes nem sempre significa doença, mas experiência que pode ser compartilhada e ressignificada. Experiências como os Grupos de Ouvidores de Vozes demonstram potencial terapêutico ao promover autonomia e reduzir o isolamento social^(17,18). Tais práticas, ainda incipientes na rede pública, são obstaculizadas pela hegemonia do modelo biomédico e pela falta de conhecimento entre profissionais⁽¹⁰⁾. O resultado é a perpetuação de estratégias centradas no silenciamento farmacológico, que não abordam as dimensões subjetivas e sociais do sofrimento.

O fenômeno da medicalização expressa uma “sociedade paliativa”, marcada pela anestesia da dor e pela invisibilidade de seus determinantes estruturais⁽¹⁹⁾. No campo da saúde mental, esse processo se manifesta em ciclos de internação, em que o medicamento assegura estabilização momentânea, mas não impede novas crises, pois não é acompanhado por estratégias de reabilitação psicossocial. A vulnerabilização programática, expressa na descontinuidade do cuidado e na insuficiência de práticas integradas, produz a vulnerabilização social, traduzida em desemprego, isolamento e rupturas familiares.

A partir de uma análise dialética também é possível compreender as especificidades dos cuidados da enfermagem integrando o uso da medicação aos processos de autonomia dos sujeitos na reabilitação psicossocial. O uso da medicação, como uma das ferramentas de trabalho da enfermagem, é diferente do processo de medicalização, pois é mediada pela relação com o sujeito, envolvendo acolhimento, avaliação da necessidade de uso, negociação conjunta entre usuários e a equipe, informação e orientação. Esses cuidados, requerem da

enfermagem o uso de estratégias para que o usuário e familiar se apropriem das informações relacionadas a terapia medicamentosa, desenvolvendo habilidades e segurança para administração das medicações durante o tratamento no território^(7,10).

Victor também descreve o impacto negativo das internações em contextos pouco acolhedores:

Eu fiquei com problemas lá na internação por conta de traumas. Eu comecei a me sentir muito mal lá dentro. Entendeu? Por causa que o meu coração começou a acelerar muito lá. Eu comecei a ficar com alguns medos. [...] Eles meio que te controlam, assim, de uma forma neutra. Eles te tratam, como posso dizer, de uma forma com algum objetivo específico, eu acho. (Victor)

A neutralidade dos profissionais e o controle institucional, percebidos como formas de distanciamento, fragilizam a construção de relações terapêuticas. Esses vínculos, formados pela escuta, acolhimento e corresponsabilização, constituem elementos centrais da relação terapêutica, conforme a literatura internacional em enfermagem psiquiátrica^(10,16). Sua ausência impede o desenvolvimento de confiança mútua e autonomia, aumentando a probabilidade de reinternações.

As comparações feitas pelos participantes entre diferentes instituições reforçam essa análise:

O hospital [X] tinha um espaço aberto onde podia ficar a gente tocando uma bola, só pegando um sol. Tinha oficinas, tinha cine-debate, tinha oficina de arte. No hospital [Y] eu só tinha uma televisão... Era simplesmente muito fechado. E aquilo ali foi me dando uma claustrofobia. (Mário)

Ambientes que promovem interação e socialização favorecem resultados clínicos mais satisfatórios e menor risco de reinternação⁽²⁰⁾. Essa evidência é corroborada por estudos europeus e latino-americanos que associam estruturas hospitalares humanizadas à continuidade do cuidado e à redução de internações compulsórias^(2,20). O conceito de vulnerabilidade programática ajuda a interpretar essa realidade ao evidenciar as falhas estruturais das políticas de saúde, como a fragmentação entre níveis de atenção e a insuficiência de recursos, os quais ampliam a exposição ao risco de reinternações.

Em contraste, os CAPS emergem nos relatos como espaços de pertencimento e reconstrução de vínculos. Emiliano descreve sua rotina:

Eu venho todo dia. Todo dia. De segunda a sexta. Todo dia de manhã e fico à tarde, praticamente. Almoço aqui e participo das atividades à tarde, como jardinagem, cine-debate e a rádio.[...] é um espaço muito bom. Eles acolheram

a gente. Não só eu, como todo mundo, né. Praticamente, eles nos ajudam bastante aqui dentro. (Emiliano)

Guilherme complementa:

Eu tô vindo agora às terças, que é o dia que a gente tem uma oficina, pela manhã. [...] Quinta tem jardinagem pela manhã, tem música de tarde. [...] Agora, posso dizer, com 60 anos, que eu gosto muito de ler, agora eu voltei a ler. (Guilherme)

As oficinas, hortas e atividades coletivas são descritas como experiências de convivência e produção de sentido e fortalecem o sentimento de pertencimento. Nesses espaços, a relação terapêutica manifesta-se na escuta atenta, na coautoria do projeto terapêutico e na responsabilização compartilhada entre equipe e usuário. Essa forma de cuidado relacional e contínuo está associada à diminuição de reinternações e ao fortalecimento da autonomia^(5,7,21).

Ademais, Oswald relata a importância da alimentação e evidencia outra dimensão da vulnerabilização social: a insegurança alimentar.

Eu bebi, bebi e eu não comia... Cheguei a ficar com 68 quilos. Agora eu estou com 75. Eu ainda estou magro, mas agora, a comida boa daqui é sensacional. (Oswald)

Ao integrar práticas de nutrição e horticultura, os CAPS atuam sobre necessidades básicas e promovem dignidade, e demonstram que ações intersetoriais podem mitigar os efeitos da vulnerabilização programática.

Ainda assim, para alguns participantes, o controle medicamentoso no CAPS foi decisivo. Anita afirma:

Agora, aqui, eu melhorei. Porque eu não tomava medicamento. Não era passado certinho, também. Daí, depois que eu vim para cá, que daí eu comecei a tomar os medicamentos certos (Anita)

Esse relato mostra como o CAPS contribuiu para a adesão ao tratamento farmacológico e para a melhora clínica inicial. Entretanto, dados do Gerint indicam que Anita foi novamente internada duas semanas após a entrevista, o que evidencia limites na continuidade do cuidado mesmo entre usuários acompanhados por serviços comunitários. Essa recorrência expressa fragilidades programáticas da rede de atenção, relacionadas à baixa intensidade do acompanhamento e à insuficiência de estratégias psicossociais permanentes,

fatores amplamente reconhecidos na literatura como associados ao risco de reinternações precoces^(1,5). Assim, o suporte psicossocial articulado ao acompanhamento clínico individualizado é indispensável para sustentar os avanços terapêuticos e reafirma a importância da personalização do cuidado.

Por fim, durante a pandemia de COVID-19, a enfermagem reconfigurou práticas para preservar vínculos terapêuticos em condições de distanciamento, combinando monitoramento telefônico e por aplicativos, educação em saúde à distância, organização e entrega de medicações no território, identificação precoce de risco e visitas presenciais quando justificadas. Esses arranjos híbridos mediaram a contradição entre exigências sanitárias e a necessidade de cuidado contínuo, reduzindo descompensações evitáveis e mantendo o usuário conectado à rede^(22,23). Mário relata:

Os atendimentos eram on-line. Então, eu não consegui ter essa periodicidade. A questão do acesso ao CAPS ficou bem limitada com a questão da pandemia. E eu acho que foi um momento muito desorganizador. (Mário)

A transição abrupta para o atendimento remoto restringiu o acesso de usuários em vulnerabilidade, afetando a continuidade das relações terapêuticas. Em contextos de baixa renda, a falta de equipamentos e o baixo letramento digital limitaram a efetividade do atendimento remoto^(22,23). Victor relata a experiência de crise durante o luto na pandemia:

Com a morte da minha mãe na pandemia, em 2021, eu tentei suicídio. Tive uma overdose. Acabei desmaiando. [...] Tomei trinta e dois comprimidos. Daí eu desmaiei. E acabei acordando no hospital. (Victor)

A crise sanitária, portanto, intensificou as vulnerabilidades programáticas e sociais já existentes, revelando a necessidade de estratégias híbridas de cuidado que conciliassem tecnologias digitais e presença física. Para populações em vulnerabilidade extrema, o contato presencial permanece insubstituível, pois sustenta vínculos terapêuticos, confiança e corresponsabilização, pilares essenciais para enfrentar a vulnerabilização e para a continuidade do cuidado em liberdade.

Experiências nos serviços de assistência social

A análise dos relatos revelou uma diversidade de experiências com os serviços de assistência social, variando entre o desconhecimento sobre a sua função, o apoio pontual em situações emergenciais e a frustração diante da burocratização e da fragilidade das relações estabelecidas. Essa heterogeneidade evidencia a forma desigual com que a política de

assistência social se materializa nos territórios. Isso repercute diretamente na sustentação das condições mínimas de vida e na vulnerabilização das pessoas em sofrimento psíquico, compreendida como processo histórico e social em curso que expressa as mediações entre as políticas públicas, o território e as posições hierárquicas de poder⁽⁸⁾. No campo da assistência social, essa processualidade se manifesta na produção de dependências institucionais e no enfraquecimento da autonomia dos sujeitos.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), formalizado pela Lei 12.435/2011, é a principal política pública voltada à proteção social no Brasil, estruturando-se em dois níveis: a proteção social básica, operacionalizada principalmente pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), e a proteção social especial, representada, entre outros equipamentos, pelos CREAS. Mesmo com seu caráter universal e territorializado, estudos demonstram as limitações estruturais e operacionais do CREAS, que resultam em desigualdades significativas no acesso e na qualidade da atenção prestada^(24,25).

Nos relatos analisados, usuários expressaram a falta de conhecimento ou ausência de contato com o CREAS, além de uma interação predominantemente burocrática com o CRAS, restritas à atualização do Cadastro Único ou à manutenção de benefícios:

No CREAS, não. Nunca fui ali. Não tive a oportunidade de ir lá. [...] No CRAS, eu fui em um que tinha lá embaixo que eu tenho que atualizar meu cadastro único. [...] Então, eu fui e que tem ali embaixo, perto da (rua X). Só que eles me deram uns endereços que eu preciso fazer a atualização do cadastro único, né? Então, eu preciso ir em outro lugar. É que é aonde eu vou amanhã. (Emiliano)

Esse relato evidencia a mediação burocrática como forma de acesso ao direito, com deslocamentos e encaminhamentos que fragmentam o percurso do usuário. À luz da dialética, trata-se de vulnerabilidade programática, pois a política se apresenta como universal, mas se materializa em fluxos intermitentes e desiguais no território^(5,24,25). Tal configuração converte o direito em obrigação procedimental, produzindo desgaste, descontinuidades e baixa efetividade protetiva, o que repercute indiretamente no cuidado em saúde mental^(6,8).

Na última vez, eu fiz uma entrevista pra uma entrevista lá no CRAS, eu fiz. Tem que fazer de dois em dois anos. [...] Pro LOAS. [...] eu só [vou no CRAS] quando chamam. (Anita)

A relação episódica com o CRAS (atualização bienal para manutenção do LOAS) mostra uma conexão tutelada e reativa com a assistência social, centrada na manutenção do benefício, sem acompanhamento social continuado. Sob o ponto de vista dialético, a baixa

intensidade de seguimento funciona como mecanismo de reprodução da vulnerabilização: há renda mínima, mas não há mediação cotidiana para enfrentar a insegurança alimentar, a moradia precária e o isolamento^(24,26,27).

Nenhum, nem CRAS e nem o CREAS. (Mário)

A ausência de vínculo com a assistência social indica desproteção no nível básico e especial e reforça a clivagem entre direito formal e acesso real. O enfraquecimento da proteção social, expresso no subfinanciamento e na burocratização do SUAS, produz precarização material e simbólica, intensifica o sofrimento psíquico e reatualiza o ciclo de reinternações^(5,8,26,27).

Em contrapartida, algumas experiências de apoio significativo foram relatadas. O papel do CRAS foi destacado para a garantia da sobrevivência em situação de vulnerabilidade:

Eu me inscrevi no CRAS pro benefício. Senão eu tava na rua. Consegui, graças a Deus. E isso mantém o cara espartano, né? As coisas estão muito caras, tudo dobrou de preço. Comecei no tempo do Auxílio Brasil. (Oswald)

O relato de Oswald revela que os benefícios assistenciais são determinantes sociais para a saúde mental, ao garantir renda mínima para alimentação, moradia e dignidade. Entretanto, a instabilidade no acesso e os cortes orçamentários recentes no SUAS têm comprometido essa função de proteção, agravando a vulnerabilização de grupos já marginalizados^(26,27).

Eu tive no CRAS, eles disseram que eu não tenho direito. (Manuel)

Essas experiências demonstram que a promessa de universalidade não se concretiza igualmente para todos os sujeitos e revelam falhas na comunicação institucional, o que gera incompreensão e exclusão. A falta de suporte material agrava o sofrimento psíquico e contribui para que a internação psiquiátrica volte a ocupar o lugar de resposta às necessidades básicas não atendidas.

A experiência de outros participantes revela esforços positivos de articulação entre CAPS e CREAS, mesmo com resultados variáveis.

O CREAS eu busquei no momento que eu precisava de um lugar para mim ficar, né? Tanto que eu tentei pelo CAPS, daí o CAPS não tinha conseguido, daí no outro dia eu fui no CREAS. E o CREAS não conseguiu para mim, daí eu voltei aqui no CAPS e o CAPS mesmo conseguiu. Mas o CREAS eu procurei no

momento por causa disso, mas agora eles tão me ajudando para mim voltar a receber um benefício. (Ronald)

Essa cena explicita uma mediação dialética entre políticas públicas, em que o CAPS abre portas para o CREAS e para benefícios sociais. Quando ocorre, a articulação CAPS–SUAS produz respostas materiais que reduzem a exposição a crises e sustentam o cuidado em liberdade^(5,28,29).

Além disso, o vínculo entre trabalhadores do CRAS e do CREAS e os usuários pode ser compreendido como uma forma ampliada da relação terapêutica, baseada na escuta, no acolhimento e na responsabilização social. Quando presente, essa relação fortalece a continuidade do cuidado e amplia o pertencimento ao território, conectando dimensões psicossociais e materiais do processo de reabilitação^(5,7,8). A enfermagem, ao atuar na RAPS e em articulação com o SUAS, exerce papel fundamental nessa mediação, identificando determinantes sociais durante acolhimentos e visitas, registrando demandas no Projeto Terapêutico Singular e acionando fluxos intersetoriais, o que traduz necessidades clínicas em demandas sociais concretas e contribui para a prevenção de novas internações^(7,21,28,29).

A precarização do SUAS expressa a contradição dialética entre a universalidade formal dos direitos e a racionalidade gerencial que, sob o neoliberalismo, impõe restrições orçamentárias e fragmenta o trabalho social. Essa contradição histórica se materializa no território, onde os sujeitos vivenciam a exclusão e o sofrimento como expressões da vulnerabilização^(8,26,27). A pandemia de COVID-19 agravou ainda mais esse cenário, impondo sobrecarga aos serviços e dificultando o acesso de pessoas em maior vulnerabilidade. Os relatos demonstram que a precariedade do SUAS comprometeu a efetividade do apoio social durante o período pandêmico^(29,30). Processos semelhantes de desproteção social e sobrecarga dos serviços de base também foram observados em outros países latino-americanos, onde o subfinanciamento das políticas públicas reforçou o ciclo de exclusão e institucionalização^(25,29).

De modo geral, os relatos e estudos sobre reinternações psiquiátricas indicam que o fenômeno da porta giratória em saúde mental resulta da interação entre determinantes clínicos, sociais e programáticos, não podendo ser compreendido apenas como uma falha hospitalar ou individual^(1,3,5,8,26). Ele também expressa as insuficiências das políticas sociais, que, ao não assegurarem condições materiais básicas de sobrevivência ao sujeito, inviabilizam a vida dele em liberdade e perpetuam o ciclo de reinternações. Moradia precária, insegurança alimentar, desemprego e estigmatização atravessam as condições de vulnerabilidade desses sujeitos, tornando-os mais suscetíveis à institucionalização. Logo, a reinternação psiquiátrica

emerge, muitas vezes, como uma resposta de contenção diante do colapso da rede de apoio social e de saúde, e não como uma necessidade inerente do cuidado em saúde mental.

Por outro lado, experiências positivas de integração CAPS–SUAS evidenciam que, quando há articulação intersetorial, é possível produzir alternativas concretas à reinternação. Acesso a benefícios, apoio habitacional, mediação para inclusão em serviços públicos e fortalecimento dos vínculos comunitários demonstram que políticas coordenadas ampliam a potência dos projetos terapêuticos e reduzem a vulnerabilidade. Tais práticas reafirmam o princípio de que a continuidade do cuidado em saúde mental depende tanto das intervenções clínicas quanto das condições sociais que sustentam a vida.

Nesse processo, a enfermagem ocupa posição estratégica na mediação entre saúde e assistência social. Por meio do acompanhamento territorial e do vínculo contínuo com os usuários, o enfermeiro identifica demandas sociais emergentes e articula os diferentes pontos da rede, contribuindo para a prevenção de novas internações e o fortalecimento do cuidado em liberdade^(5,7,21,28).

Dessa forma, o enfrentamento do fenômeno da porta giratória demanda o fortalecimento do SUAS como política pública estratégica, com investimento estável, valorização dos trabalhadores e ampliação da cobertura territorial. Ao mesmo tempo, exige superar a lógica burocrática que transforma direitos em barreiras de acesso. Os caminhos possíveis incluem a gestão territorial participativa, a aproximação ativa das equipes junto aos usuários e a escuta qualificada de suas demandas, valorizando a singularidade e a dignidade de cada sujeito. Uma rede intersetorial robusta pode, assim, contribuir para romper o ciclo de vulnerabilização e consolidar o cuidado em liberdade como eixo estruturante da atenção psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o fenômeno da porta giratória em saúde mental resulta da interação entre vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, sustentadas por contradições estruturais do sistema de proteção social brasileiro. A reincidência em internações não se explica pela gravidade do transtorno, mas pela fragilidade das redes comunitárias e pela insuficiência de políticas que garantam condições materiais para a vida em liberdade.

O principal avanço teórico consiste em analisar o fenômeno da porta giratória sob a perspectiva da vulnerabilização, compreendida como processo histórico e relacional que articula desproteção social, sofrimento psíquico e reprodução das desigualdades. No plano

metodológico, o estudo reafirma a potência do referencial histórico-dialético na análise das mediações entre cuidado, território e políticas públicas, permitindo compreender as contradições que sustentam a recorrência das internações.

Do ponto de vista prático, destaca que as relações terapêuticas constituem eixo fundamental para enfrentar a vulnerabilização e reduzir as reinternações psiquiátricas. Ao promover vínculos de confiança, corresponsabilização e escuta qualificada, tais relações fortalecem a autonomia dos usuários e favorecem a continuidade do cuidado em liberdade. A enfermagem em saúde mental emerge como categoria estratégica nesse processo, ao integrar o acompanhamento clínico, o suporte psicossocial e a mediação intersetorial com o SUAS, contribuindo para a consolidação de redes territoriais de cuidado que assegurem proteção social contínua e combata o estigma.

O enfrentamento do fenômeno da porta giratória requer, portanto, mais do que a reorganização dos serviços: exige reconhecer nas relações terapêuticas o núcleo ético-político do cuidado, sustentado na dignidade, na autonomia e nos direitos sociais do sujeito. O fortalecimento dessas relações é o caminho para transformar a atenção psicossocial em prática efetivamente emancipatória e promotora de vida em liberdade.

REFERÊNCIAS

1. Han X, Zhang Y, Chen Q, Yu Y. Factors associated with 30-day and 1-year readmission among psychiatric inpatients in Beijing, China. BMC Psychiatry. 2020;20(1):113. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02515-1>
2. Olmos MAP, Palacio C, Lopera M, Hoyos C, et al. Determination of factors associated with early readmission of patients with mental illness in two cities in Colombia during 2018. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2022;51(3):176-82. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2022.08.005>
3. Rocha HA, Reis IA, Cherchiglia, ML. Early and frequent psychiatric readmissions in a Brazilian Cohort of Hospitalized Patients Between 2001 and 2013. Adm Policy Ment Health. 2024;51(2):147-61. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01322-6>
4. Portela P, Mascarenhas R, Valente J, Pacheco T, Ribeiro J. Risk factors associated with readmissions of patients with severe mental disorders under treatment with antipsychotics. BMC Psychiatry. 2022;22:794. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03794-6>
5. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cad Saúde Pública. 2021;37(3):e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
6. Panisson G, Justo JS, Trevisan ER. Intersetorialidade no PAEFI/CREAS na perspectiva dos usuários. Estud Pesqui Psicol [Internet]. 2021[cited 2025 Jun 19];21(2):435-56. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672021000200004

7. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):141-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>
8. Ayres JRMC, Calazans GJ, Saletti Filho HC, et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Akerman M, Campos GWS, Carvalho YM, et al, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 375-417.
9. World Health Organization (WHO). *World Mental Health Report: transforming mental health for all* [Internet]. Geneva: WHO; 2022[cited 2025 Jun 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
10. Choi HB. Concept analysis of psychiatric nursing competency in psychiatric nursing. *Arch Psychiatr Nurs*. 2024;52:130-7. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.07.016>
11. Paulo-Netto J. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
12. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
13. Cardano M. *Manual de pesquisa qualitativa: uma contribuição da teoria da argumentação*. Petrópolis: Vozes; 2017.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 15ª ed. São Paulo: Hucitec; 2017.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
16. Cook JA, Burke-Miller JK, Jonikas JA, Ferrara M, Coleman S, Stankovic S, et al. Serious mental illness, other mental health disorders, and outpatient health care as predictors of 30-day readmissions following medical hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;70:10–7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.001>
17. Rufato LS, Corradi-Webster CM, Reis G, Vicente M, Paes A, Oliveira A. Strategies for the management of voices shared in a Brazilian Hearing Voices Group. *Psychiatr Q*. 2023;94:243–54. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10032-z>
18. Corentin C, Fitzgerald C, Goodwin J. Benefits of hearing voices groups & other self-help groups for voice hearers: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs*. 2023;44(4):228–44. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2189953>
19. Han BC. *Sociedade paliativa: a dor hoje*. Rio de Janeiro: Vozes; 2021.
20. Di Giovanni P, Martino G, Russo A, Leone A, Papa S, Bianchini V. The revolving door phenomenon: psychiatric hospitalization and risk of readmission among drug-addicted patients. *Clin Ter*. 2020;171(5):e421–8. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2256>
21. Santos Júnior JMA, Moreira MR, Brum CN, Jansen RC, Pacheco AG. Correlation between the implementation of Psychosocial Care Centers and the rates of psychiatric hospitalizations and suicide in Porto Alegre-RS. *Trends Psychiatry Psychother*. 2023;45:e20210220. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0220>
22. Kollann JA, Wensing M, Vervloet M, Boer S, Merkelbach I, Kocken PL, et al. Patients' and professionals' experiences with remote care during COVID-19: a qualitative study in general practices in low-income neighborhoods. *Prim Health Care Res Dev*. 2024;25:e32. <https://doi.org/10.1017/s1463423624000240>

23. Johnson S, Dalton-Locke C, San Juan NV, Foye U, Oram S, Papamichail A, et al. Impact on mental health care and on mental health service users of the COVID-19 pandemic: a mixed methods survey of UK mental health care staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56:25–37. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01927-4>
24. Souza SP. Os desafios da gestão territorial na proteção básica em Belo Horizonte. *Serv Soc Soc.* 2020;(139):147-66. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.201>
25. Bichir R. Multilevel governance of social policy: the case of metropolitan social assistance services in Brazil. *Braz Polit Sci Rev.* 2024;18(1):e0001. <https://doi.org/10.1590/1981-3821202400010001>
26. Abrucio FL, Rodrigues RV, Milanello TRS, Melo YM. Ascensão e crise do Sistema de Assistência Social (SUAS) no federalismo brasileiro. *Rev Katálisis.* 2023;26(2):243-54. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e91292>
27. Boschetti I. Assistência Social na pandemia da Covid-19: proteção social em disputa. *Serv Soc Soc.* 2021;(141):65-83. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>
28. Carlos MM, Lopes FCC, Medeiros ID, Lima TJA, Rolim ACA. Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: experiências de trabalhadores da RAPS. *Interface (Botucatu).* 2024;28:e230319. <https://doi.org/10.1590/interface.230319>
29. Castro JA. Proteção social em tempos de pandemia: limites e possibilidades. *Saúde Debate.* 2020;44(126):13-28. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012602>
30. Leite Júnior NO, Rabelo GLN, Serafim JS, Brandão VBG, et al. CREAS e COVID-19: desafios e perspectivas. *Psicol Ciênc Prof.* 2024;44:e257815. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003257815>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuição de autoria

Conceituação: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky.

Curadoria de Dados: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky.

Análise Formal: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky, Mariane da Silva Xavier, Aline Basso da Silva, Elitiele Ortiz dos Santos, Cristiane Kenes Nunes.

Investigação: Fabrício Soares Braga.

Metodologia: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky, Mariane da Silva Xavier, Aline Basso da Silva.

Administração de Projeto: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky.

Software: Fabrício Soares Braga.

Supervisão: Agnes Olschowsky.

Validação: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky, Mariane da Silva Xavier, Aline Basso da Silva, Elitiele Ortiz dos Santos, Cristiane Kenes Nunes.

Escrita – Rascunho Original: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky, Mariane da Silva Xavier, Aline Basso da Silva, Elitiele Ortiz dos Santos, Cristiane Kenes Nunes.

Escrita – Revisão e Edição: Fabrício Soares Braga, Agnes Olschowsky, Mariane da Silva Xavier, Aline Basso da Silva, Elitiele Ortiz dos Santos, Cristiane Kenes Nunes.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Fabrício Soares Braga

fsbraga@hcpa.edu.br

Recebido: 26.06.2025

Aprovado: 01.12.2025

Editor associado:

Elen Ferraz Teston

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira