

**SOBRE ALGUMAS
HERANÇAS MANICOMIAIS
NAS INTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA
EM UNIDADE
PSIQUIÁTRICA**

**ABOUT SOME LEGACIES OF THE ASYLUM SYSTEM IN PSYCHIATRIC
HOSPITALIZATIONS: AN ACCOUNT OF AN EXPERIENCE IN A PSYCHIATRIC
UNIT**

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 17/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792121366](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792121366)

Laura Dequi Baggio

Luana Vargas Aquino

Marcele Pereira da Rosa Zucolotto

Rizieri Buzzatte

RESUMO

Está escrita apresenta uma cartografia que busca mapear a permanência de heranças manicomiais nas internações psiquiátricas. O percurso emerge de registros em diário de campo produzidos durante um estágio extracurricular em Psicologia, realizado em um hospital do interior do Rio Grande do Sul, e se desdobra como continuidade da experiência, acompanhando os efeitos dos encontros, dos afetos e das práticas no cotidiano institucional. Ao seguir essas linhas, evidenciam-se tanto deslocamentos operados pela Reforma Psiquiátrica quanto permanências de lógicas manicomiais que se reatualizam nas práticas de cuidado no contemporâneo. Sustentado na cartografia como perspectiva metodológica e na análise de implicação como exercício ético-político, o estudo problematiza a desinstitucionalização não como um processo acabado, mas como um campo em disputa, atravessado por tensões entre controle e invenção. Conclui-se que as internações psiquiátricas permanecem como território de forças contraditórias, no qual convivem práticas que reproduzem dispositivos manicomiais e movimentos que afirmam outras possibilidades de cuidado em liberdade.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; desinstitucionalização; atenção psicossocial; heranças manicomiais.

ABSTRACT

This text is a cartography that seeks to map the persistence of asylum-era legacies within psychiatric hospitalizations. The journey originates from field diary entries produced during an extracurricular psychology internship at a hospital in the interior of Rio Grande do Sul; it unfolds as a continuation of that experience, tracing the effects of encounters, affects, and practices within the institutional daily routine. Following these lines reveals both the shifts brought

about by the Psychiatric Reform and the persistence of asylum-style logics that re-emerge in contemporary care practices. Grounded in cartography as a methodological perspective and in the analysis of implication as an ethical-political exercise, the study frames deinstitutionalization not as a completed process, but as a contested field shaped by tensions between control and invention. It concludes that psychiatric hospitalizations remain a territory of contradictory forces, where practices reproducing asylum-era mechanisms coexist with movements affirming alternative possibilities for care in freedom.

Keywords: psychiatric reform; deinstitutionalization; psychosocial care; asylum legacies.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Ao longo da história, as pessoas em situação de sofrimento psíquico foram compreendidas e tratadas de formas distintas, em consonância com os contextos históricos, culturais e sociais em que estavam inseridas. Foucault (2014) mostra que, nas sociedades antigas, a loucura era frequentemente interpretada a partir de referenciais mágico-religiosos, entrelaçando-se a forças divinas ou sobrenaturais. Já durante o Medievo, essas interpretações foram reforçadas por leituras moralizantes, que vinculavam a experiência da loucura à possessão demoníaca ou ao desvio ético-religioso. Contudo, existia um lugar social possível para o louco, cujo delírio de alguma forma carregava alguma verdade.

Com a emergência da modernidade, um processo de racionalização foi se intensificando e culminando na dessacralização da loucura e na perda do seu caráter escatológico. Como consequência, o sujeito em sofrimento psíquico passou a ser compreendido como alienado.

Essa concepção de alienação, vinculada à destituição da razão, foi decisiva para excluir o sujeito considerado louco do pacto social. Instaura-se, a partir de então, um processo de tutela, no qual o saber técnico-científico passa a legitimar dispositivos legais que autorizam a interdição civil desse sujeito, fundamentando-se na autoridade médica (Foucault, 2014). Nesse movimento, a própria noção de loucura passa a expandir-se progressivamente, incorporando comportamentos, afetos e modos de existência cada vez mais diversos sob a tutela do saber psiquiátrico. Como ironiza Machado de Assis (1998), “a loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”, evidenciando o caráter expansivo e arbitrário das fronteiras entre razão e desrazão estabelecidas pela psiquiatria moderna.

Em consequência do desenvolvimento da psiquiatria enquanto campo científico, a loucura passa a ser progressivamente inscrita na categoria de doença mental, sendo capturada por uma racionalidade médico-clínica que redefine seus sentidos e modos de intervenção. Esse processo de medicalização não apenas reorganiza o estatuto da loucura, mas também produz efeitos concretos nas práticas de cuidado, historicamente marcadas por estratégias de exclusão, confinamento e institucionalização (Ravanello & Zucolotto, 2026). Contudo, a partir das críticas formuladas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, esse paradigma passa a ser tensionado, abrindo espaço para a perspectiva psicossocial, que recusa reducionismos biologizantes ao situar o sofrimento psíquico em sua complexidade e afirmar o cuidado em liberdade como princípio ético-político fundamental (Amarante, 2021).

É nesse deslocamento que a noção de desinstitucionalização começa a ganhar consistência, não se restringindo à desativação de hospitais psiquiátricos ou à desospitalização, mas englobando a desconstrução do paradigma da psiquiatria tradicional baseado no modelo problema-solução, no qual se identifica uma doença e se aplica uma intervenção curativa. A desinstitucionalização realoca no centro a “existência-sofrimento” dos sujeitos em suas dimensões sociais, históricas e relacionais. A ênfase não é mais colocada no processo de cura da doença, mas sim na produção de vida e na invenção de saúde, de modo que o cuidado deixa de ser uma intervenção técnica e passa a ser entendido como um conjunto de práticas que incidem sobre a vida cotidiana, visando à abolição de normas de controle social e da domesticação dos corpos (Rotelli et al., 2001).

No contexto brasileiro, os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial constituem-se em estreita articulação com as lutas pela redemocratização do país, especialmente a partir do final da década de 1970, quando diferentes atores sociais (trabalhadores da saúde, usuários, familiares e intelectuais) passam a questionar o modelo asilar e a denunciar as violências produzidas no interior das instituições psiquiátricas. Esse processo ganha densidade política e institucional ao longo dos anos 1980, tendo como marco fundamental a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que amplia a concepção de saúde ao reconhecê-la como direito de todos e dever do Estado, além de afirmar a necessidade de um sistema de saúde público, universal e descentralizado, bases que viriam a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No campo da saúde mental, esses tensionamentos impulsionam a construção de práticas interdisciplinares e territorializadas que buscam superar o modelo hospitalocêntrico, deslocando o foco do cuidado da doença

para o sujeito em sua singularidade, considerando suas dimensões sociais, culturais e territoriais (Amarante, 2007; Borges, 2015), ficando determinado que:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2001).

Assim, o manejo do sofrimento psíquico só pode ser compreendido a partir das formas de organização social e dos dispositivos de poder que operam no contexto vigente, ou seja, o cuidado é político. Tendo isso em vista, é preciso considerar que os processos de transformação institucional e cultural não ocorrem de forma linear e que nenhuma conquista no âmbito dos direitos humanos é dada em definitivo. Proposição que se exemplifica com o sucateamento que a saúde pública, em especial no que se refere às políticas de saúde mental, vem enfrentando nos últimos tempos, cenário que conduz à fragilização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que, conseqüentemente, compromete os avanços da reforma psiquiátrica, prevista na lei 10.216/2001 (Brasil, 2001).

Salienta-se que, embora a Lei referida decreta o fim dos manicômios, a lógica manicomial pode permanecer operando ainda no presente. Por lógica manicomial, compreende-se uma forma de organizar o cuidado e a vida social a partir do controle, da exclusão e da normalização da diferença, que ultrapassa as estruturas físico-arquitetônicas e abrange outra dimensão, mais profunda e visceral,

da subjetividade social. Essa lógica impõe um modo de existir sobre os corpos, demonstrando que “a desrazão não nasceu com o louco e nem coincide com ele” (Pelbart, 1991, p. 134). Historicamente, este estigma já esteve associado às mulheres, crianças, judeus ou qualquer outro grupo minoritário cuja alteridade desestabilizasse o pensamento lógico homogeneizante que se estabeleceu durante a Modernidade - uma estrutura que ainda estende seus reflexos sobre as ontologias contemporâneas. O confinamento dos ditos loucos nos manicômios físicos em certa medida é a materialização do aprisionamento da desrazão - aqui compreendida como alteridade -, pela racionalidade cartesiana. Em síntese, a lógica manicomial opera como uma lógica de homogeneização social dos sujeitos dissidentes via correção moral (Foucault, 2014).

A partir dessa perspectiva, essa escrita justifica-se pela necessidade de refletir sobre os resquícios dessa lógica manicomial ainda presentes na atualidade, em especial nas instituições hospitalares que oferecem internações em saúde mental, atentando para as forças, disputas e contradições que as constituem no cotidiano (Cruz et al., 2020). Essas inquietações emergiram das percepções de uma das autoras, registradas em um diário de campo, durante um estágio extracurricular em Psicologia numa unidade de internação psiquiátrica de um hospital do interior do estado do Rio Grande do Sul. Buscamos, com este estudo, dar continuidade à cartografia iniciada naquela experiência compreendendo que o percurso teve início nas práticas e que, neste momento, recorreremos à escrita para seguir mapeando os efeitos mobilizados pelo acompanhamento de tais processos no referido espaço.

Nesta perspectiva, este estudo se sustenta em dois eixos indissociáveis, cujas linhas ajudam a compor o seu desenho: tanto o

campo das reflexões teóricas - voltado a o relatar e refletir sobre o processo de internação em saúde mental no âmbito do SUS, identificando avanços produzidos pela reforma psiquiátrica ou permanências de práticas institucionalizantes -; quanto o campo da análise de implicação da cartógrafa. Espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre as permanências da lógica manicomial nas internações psiquiátricas atuais, mesmo após décadas de promulgação da Lei 10.216, que designou o fim dos manicômios no contexto brasileiro.

Cartografando experiências

Como lente que nos permite experimentar e acompanhar o campo, adotou-se a cartografia, compreendida como um modo de investigação que se constrói durante o próprio percurso da pesquisa. Inspirada nas pistas deixadas por Gilles Deleuze e Félix Guattari, especialmente na obra *Mil Platôs* (2011), a cartografia não se orienta por um caminho previamente definido, mas sim pela ideia de acompanhar processos em movimento. Nesse sentido, pesquisar cartograficamente significa seguir percursos, observar transformações e implicar-se nos modos de produção de vida que se manifestam no campo, mais do que buscar confirmar hipóteses previamente estabelecidas (Passos et al., 2009). Diferentemente de métodos que pressupõem certo distanciamento e neutralidade do pesquisador, a cartografia parte do reconhecimento de que quem pesquisa também se encontra implicado no campo investigado. O rigor metodológico, nesse caso, não se sustenta em protocolos previamente fixados, mas na atenção aos movimentos da realidade investigada e na implicação ética com os processos que se busca compreender, explicitar e mapear (Deleuze & Guattari, 2011).

A cartografia assumida nesta escrita se constituiu, primeiramente, na imersão de uma das autoras nas entranhas de uma instituição hospitalar, por meio de um estágio extracurricular em Psicologia. O estágio teve duração de dois meses, com carga de 30 horas semanais, distribuídas entre atendimentos individuais, participação na ambiência, nas rodas de conversa, nas oficinas, na atualização de prontuários e nas atividades de supervisão. Durante esse período, havia apenas uma psicóloga responsável por atender a todas as demandas do hospital, a qual atuou como supervisora local. Trata-se de um hospital comunitário com cerca de cem leitos, sendo quatorze destinados à internação psiquiátrica. A instituição opera por meio de uma parceria público-privada: embora financiada majoritariamente pelo município, sua gestão é realizada por uma empresa do setor privado, o que imprime uma lógica de otimização de recursos que incide diretamente sobre as condições de cuidado, evidenciada, por exemplo, pela presença de apenas uma psicóloga para toda a instituição.

Deste modo, considera-se que a cartografia iniciou com a imersão neste contexto e que a intensidade desta prática foi possibilitada pela permanência de doze horas consecutivas na instituição, gerando uma proximidade não apenas física com os sujeitos internados, mas também emocional, por compartilhar desse isolamento, ainda que de forma intermitente, transformando e permitindo-se ser transformada pelo espaço. As trocas e vinculações estabelecidas nos encontros com os usuários e profissionais do serviço, bem como o defrontar-se com as práticas institucionais nos dão notícias da implicação que esta experiência convoca, afinal, “conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho” (Passos & Barros, 2022, p. 30).

Durante o estágio, foram percorridas as entrelinhas da instituição, explorando a atualização da lógica manicomial no contexto das internações psiquiátricas, ao mesmo tempo em que o percurso também permitia vislumbrar brechas e potências no cuidado ofertado pelos profissionais, mas também entre os pacientes. Assim, mais do que registrar eventos pontuais, buscamos dar visibilidade às múltiplas forças que tensionam o campo, produzindo um contexto marcado pela contradição entre cuidado e controle, entre acolhimento e abandono, evidenciando que a atenção em saúde mental se configura como um território em disputa (Passos et al., 2009).

Esse poderá ser considerado um texto pesado, talvez não pela densidade da temática que se propõe a abordar ou pelos recursos estilísticos empregados na escrita, quase ríspida, mas pela atmosfera de angústia e tensão que a claustrofobia da ala instaurou no âmago das autoras e que, ao revisitar essas memórias, insiste em vir à tona — e, como consequência, molda a escrita com sua dureza. Deve-se reconhecer que, por este motivo, dificilmente está escrita irá reverberar em uma leitura agradável, porém, esse relato não se propõe a poupar na mobilização dos incômodos que atravessaram a experiência e, nesta direção, ancora sua relevância junto àqueles que buscam pensar sobre outras faces dos hospícios. Embora está escrita detenha-se em pousos mais sofridos, de modo algum se pode dizer que a experiência de estágio foi marcada exclusivamente por momentos de dor, mas foi composta também por inúmeros momentos alegres, aprendizados e trocas positivas com a equipe e com os pacientes. Contudo, acredita-se que são os pontos de incômodo que nos convidam ao movimento de repensar o quanto as heranças manicomiais ainda podem habitar esses espaços.

Arquiteturas do confinamento

Conforme apontado por Cruz et al. (2020), as políticas brasileiras de saúde mental, sobretudo no âmbito do SUS, atualmente vêm passando por um processo de retrocesso em relação às conquistas da reforma psiquiátrica, de modo que estruturas remanescentes dos manicômios se articulam a novas formas de confinamento e domesticação dos corpos, como as, infelizmente e cada vez mais presentes, fazendas ou comunidades terapêuticas¹. Ao acompanhar o cotidiano de uma internação em saúde mental, foi possível perceber como tais processos se atualizam no campo, fazendo emergir elementos que persistem como herança dos hospícios, ao mesmo tempo em que se entrelaçam a movimentos de humanização do cuidado e à produção de novos desafios.

É válido iniciar esse relato destacando que o primeiro incômodo ao longo da experiência de estágio originou-se na estrutura física da unidade. A primeira percepção ao adentrar o espaço, antes mesmo de atentar para os sujeitos que ali transitavam, foi um estranhamento com relação ao ambiente, isolado do resto do hospital, com portas trancadas e janelas gradeadas. Compreendendo o território habitado como uma das forças que influenciam a produção de saúde ou adoecimento, pensamos que, dentre os elementos presentes como possíveis fatores de intensificação do sofrimento durante a internação psiquiátrica, a restrição de acesso à luz natural e ao ar fresco recebe certo destaque. A unidade de saúde mental, ou ala psiquiátrica, como também era chamada, localiza-se nos andares superiores do prédio, de modo que o acesso ao pequeno espaço com gramado, localizado aos fundos do hospital, não se dá de forma livre, mas depende do deslocamento até o térreo e da saída da instituição.

Além disso, essa movimentação só pode ocorrer mediante o acompanhamento de dois profissionais, configurando essas saídas como eventos muito pontuais, quase uma espécie de excursão, e não como parte do cotidiano dos pacientes. A permanência prolongada nesse espaço também fazia emergir a percepção de um ambiente marcado por um ar constantemente abafado, que contribuía para a produção de uma angústia próxima ao claustrofóbico. Em alguns momentos, a unidade parecia menos um espaço de cuidado e mais um lugar de confinamento, evocando a sensação de um ambiente punitivo.

Tornam-se ainda mais complexas as saídas para o pátio diante de outra questão: a escassez de profissionais. A equipe da ala se constituía, no momento em que ocorreu o estágio, por apenas duas trabalhadoras: uma técnica de enfermagem, responsável pelo plantão na unidade, e a psicóloga, que possui uma sala no próprio setor, mas que frequentemente é acionada para atender demandas em outros espaços do hospital. Nesse arranjo, como os pacientes não podiam permanecer sozinhos, as possibilidades de deslocamento ficavam condicionadas à disponibilidade das profissionais e à necessidade de organização coletiva do grupo, sendo necessário um consenso entre os pacientes para que a descida ao pátio acontecesse. Assim, o que se observou foi que a escassez de recursos humanos não apenas limitava o cuidado, mas também intensificava a experiência de confinamento.

Outrossim, essa forma de organização despertou incômodo, pois, ainda que justificada pelas múltiplas demandas do serviço e pela sobrecarga de trabalho das profissionais, o encerramento da psicologia em uma sala isolada, em vez de priorizar seu trânsito fluindo pelos espaços comuns, acabava por reduzir as possibilidades

de encontros cotidianos espontâneos, que muitas vezes sustentam a construção e manutenção de vínculos. De todo modo, essa disposição do trabalho da psicologia em uma sala separada acabava contribuindo para um distanciamento hierárquico entre a profissional e os pacientes, além de alienar a psicologia às reais demandas do campo, uma vez que se toma consciência apenas do que é relatado por terceiros. Essa postura, longe de ser uma escolha individual, é um indício de como a lógica manicomial pode se perpetuar também na relação de distanciamento entre profissionais e usuários do serviço.

A Psicologia e a Precarização do Cuidado

A precarização do cuidado em saúde mental no âmbito do SUS (Cruz et al., 2020; Amarante, 2021) se traduz no relato da psicóloga de que, até aproximadamente quatro anos atrás, a unidade de saúde mental contava diariamente com uma enfermeira, uma psiquiatra, uma assistente social, uma técnica de enfermagem e duas psicólogas, embora elas também atendessem ao restante do hospital. Contudo, devido a cortes orçamentários, as profissionais foram demitidas ou realocadas em outros setores, deixando a unidade de saúde mental cada vez mais despreparada para atender às demandas dos pacientes.

Torna-se relevante trazer outros relatos da psicóloga que ajudam a compreender as condições em que seu trabalho se realiza. Ao compartilhar que sua rotina se resume, muitas vezes, a “apagar incêndios”, ela aponta para um modo de funcionamento em que a alta demanda e a desinformação da gestão acerca do papel da psicologia fazem com que sua atuação seja acionada apenas em situações já extremas. Esse modo de organização parece se articular

também ao próprio isolamento da psicologia em uma sala, o que, conforme apontado anteriormente, acaba por produzir distanciamento das dinâmicas cotidianas da ala psiquiátrica e dificulta a identificação de situações que possivelmente desencadeariam “um incêndio”. A postura profissional citada provoca também um questionamento acerca de qual o papel da psicologia na produção de saúde. Nessa vivência, a psicologia aparece como um instrumento técnico a ser utilizado para solucionar problemáticas já instauradas, aproximando-se muito do modelo biomédico de cuidado em saúde mental. Seria essa a única forma de atuação possível nesse contexto?

Quanto à desinformação dos demais profissionais, a justificativa utilizada para explicar condutas controversas, a psicóloga afirma ser “um trabalho de formiguinha”, expressão que aponta para a solidão do fazer psicológico naquele contexto. Essa formulação não aparece apenas como uma descrição, mas como um analisador importante das condições em que a saúde mental vem sendo sustentada no hospital. Tomamos como definição de analisador todo acontecimento, prática ou dispositivo que rompe a naturalização do cotidiano institucional e torna visíveis as relações de poder, os conflitos, as contradições e os modos de funcionamento de uma instituição (Passos & Barros, 2022). Em um cenário atravessado pelo desinvestimento e pela fragilização das políticas públicas, o trabalho da psicologia parece se direcionar para a realização de ações pontuais, mas que não encontram abertura para desenvolver um cuidado integral, contínuo e efetivo, uma vez que não há espaços institucionais consolidados para discussão e produção coletiva do cuidado.

Ao pensarmos as possibilidades de cuidado que podem ser produzidas pela psicologia nesse cenário, urge deslocar o cuidado de uma função centrada exclusivamente na administração de sintomas ou na contenção de crises para compreendê-lo como uma prática ética, política e relacional, comprometida com a sustentação da existência dos sujeitos em sua complexidade. Em instituições atravessadas pela precarização e pela permanência de lógicas manicomiais, a atuação psicológica corre constantemente o risco de ser capturada por uma racionalidade biomédica que reduz o sofrimento psíquico a um conjunto de sinais clínicos a serem corrigidos, convertendo a escuta em triagem, o acolhimento em gerenciamento de comportamentos e o cuidado em adaptação à norma (Amarante, 2007).

Contudo, mesmo em contextos atravessados pela precarização e pela permanência de lógicas manicomiais, a psicologia conserva potencial de rupturas de lógica ao produzir deslocamentos nos modos de cuidado ao sustentar espaços de escuta, vínculo e reconhecimento das singularidades dos sujeitos. Assim, o cuidado psicológico não deve se restringir ao atendimento individual em setting fechado, mas sim ser produzido na circulação pelos espaços coletivos, na presença cotidiana, na construção de laços, na escuta das narrativas e na problematização das práticas naturalizadas no interior da instituição. Mais do que interpretar ou normalizar condutas, trata-se de sustentar encontros que permitam aos sujeitos produzir sentidos sobre suas experiências e existir para além dos lugares de tutela e objetificação que lhes são socialmente atribuídos (CFP, 2022). Nesse movimento, a psicologia pode contribuir para deslocar o cuidado de uma lógica disciplinar, baseada no controle e na correção da diferença, para uma ética comprometida com a produção de autonomia, com a ampliação das possibilidades de

vida e com o reconhecimento da pluralidade dos modos de existir, desloca o foco da doença para a “existência-sofrimento” dos sujeitos em sua relação com o corpo social (Rotelli et al., 2001), ainda que essas possibilidades permaneçam constantemente tensionadas pelas limitações institucionais e pelos processos contemporâneos de desmonte das políticas públicas de saúde mental.

“Pacientes de verdade”: estigma, exclusão e desejo de manicômio

Paralelamente, os preconceitos que atravessam o discurso dos profissionais – como na resistência de alguns técnicos de enfermagem a realizar plantões na unidade de saúde mental por medo de “ficar trancado com os loucos” – apontam para uma dimensão afetiva importante, na qual a loucura é associada à periculosidade, à imprevisibilidade e à ameaça, reforçando processos de estigmatização e segregação. Esse medo não é neutro: ele produz distanciamentos, evita encontros e dificulta a construção de vínculos, elementos fundamentais para o cuidado em saúde mental. Ao mesmo tempo, sustenta práticas que tendem ao controle e à contenção, em detrimento de abordagens mais abertas.

Cabe destacar o quanto esse entendimento de que pessoas em sofrimento mental sejam perigosas, como foi observado no contexto do estágio, é um estigma histórico, que mobiliza medo e gera exclusão social. Acreditamos que estes estigmas, tão presentes no contemporâneo e expressos abertamente no local, se configuram como modos de manutenção da lógica segregacionista e manicomial. Apesar da proposta de fechamento dos antigos hospícios, com a Lei de 2001, os muros do isolamento e da exclusão

de pessoas em sofrimento psíquico permanecem ainda muito robustos até nossos dias.

Durante o período de estágio, inclusive, foi observada uma situação de violência verbal por parte de uma integrante da equipe endereçada aos pacientes. Situação que talvez tenha sido um dos principais disparadores para que a escrita deste texto se tornasse uma necessidade. Na ocasião, a profissional em questão recriminou de forma agressiva os pacientes, por supostamente serem muito desorganizados com suas coisas e só “darem trabalho para os funcionários” e se negou a administrar medicação para um paciente que alegava dor de cabeça, pois “o pessoal da farmácia já estava muito ocupado cuidando dos pacientes de verdade”. A cena remete ao que descreve Lima Barreto ao narrar sua experiência no hospício:

Os guardas em geral, principalmente os do pavilhão e da seção dos pobres, têm os loucos na conta de sujeitos sem nenhum direito a um tratamento respeitoso, seres inferiores, com os quais eles podem tratar e fazer o que quiserem (Barreto, 2017, p. 66).

O episódio gerou profunda indignação dos pacientes e resultou em uma conversa incriminatória da equipe gestora com a profissional. A escuta do relato desse episódio pelos usuários do serviço foi um momento de profunda afetação, no qual se misturavam raiva, tristeza e impotência. Essa avalanche de sentimentos foi efeito da indignação perante a dor e o desrespeito infringidos injustamente contra sujeitos com os quais se possuía um vínculo de cuidado, mas também pela consciência do quão frágeis são os avanços alcançados por meio da luta política e social da psicologia pela

humanização da saúde mental. Todos esses incômodos impulsionaram uma sequência de ações, iniciadas com a tentativa de acolher a dor dos usuários e validar sua indignação perante o ocorrido, seguidas de dilemas sobre como levar o assunto à equipe gestora e, por fim, o medo de retaliação por ter relatado o caso. Contudo, desvelando a contradição constante que marcou essa trajetória de estágio, em oposição à violência institucional, se manifestaram forças de resistência, expressas no reconhecimento da violação de seus direitos e na iniciativa de três pacientes de confidenciar à estagiária o ocorrido e seu impacto negativo.

Ainda, mapeando essa fala, podemos compreendê-la como um importante analisador institucional, uma vez que provoca o questionamento “o que é uma paciente de verdade?”. Aqui a prevalência do modelo biomédico parece se insinuar não apenas na hierarquização dos sofrimentos, mas nos próprios critérios que autorizam essa hierarquia. Que operações tornam possível reconhecer certos modos de sofrer como legítimos e outros como excessivos, desviantes ou descartáveis? Ao reduzir o cuidado às dimensões orgânicas, o que fica de fora e, mais ainda, o que é ativamente silenciado nas experiências psicossociais desses sujeitos? Se os sujeitos ali presentes não são tomados em sua complexidade como pacientes, o que sustenta sua permanência no hospital? Trata-se ainda de cuidado ou já estamos diante de um dispositivo que opera pela via do isolamento, da contenção e da gestão de existências consideradas intoleráveis? Que forças atravessam essa decisão de manter alguém internado e a quem ela serve? Nesse cenário, a desinstitucionalização aparece menos como um processo consolidado e mais como um campo em disputa. Ainda que formulada como diretriz ético-política da atenção psicossocial, sua efetivação esbarra na persistência de práticas,

discursos e arranjos institucionais que atualizam, sob novas formas, a lógica manicomial.

A própria escolha da palavra “paciente” para se referir aos sujeitos ali internados, nesse percurso, aparece como uma pista importante. Sua etimologia remete à passividade, à espera, à submissão a um saber externo, como se ao sujeito coubesse suportar e aguardar a intervenção de um outro que detém o conhecimento sobre seu corpo e seu sofrimento. Esse modo de nomear produz um lugar, organiza posições e delimita o campo do possível no cuidado (Amarante, 2007).

No entanto, esse enquadramento não se sustenta sem fissuras. O sujeito dito “louco” insiste, de diferentes maneiras, em afirmar algo de sua experiência que escapa, que transborda, que não se deixa capturar completamente pelas classificações e protocolos. Visto que os supostos “pacientes de verdade” são aqueles que estão fisicamente doentes, os loucos acabam escapando da nosologia de causa e consequência comum ao tratamento biomédico e ocupando, de certa forma, não o lugar de pessoas a serem cuidadas, mas de perigosos insurgentes da ordem social. Há aí um agenciamento que tensiona os modos instituídos de cuidado, expondo seus limites e evidenciando o desconforto que emerge quando o outro não se ajusta ao lugar que lhe foi previamente designado. De modo que, por não se encaixarem nos moldes de cuidado pré-estabelecidos, determinados sujeitos acabam sendo alvo de violências diversas (Ravanello & Zucolotto, 2026).

Nesse movimento, vai se tornando visível que não se trata apenas de um cuidado restrito ao plano biomédico. Opera também uma espécie de ortopedia moral, que incide sobre a subjetividade,

buscando alinhar modos de perceber, sentir e significar o mundo. As práticas passam a funcionar como dispositivos de correção e domesticação, como se houvesse um modo legítimo de existir a ser restaurado, e como se o sofrimento psíquico devesse ser ajustado a esse parâmetro. Tal dinâmica evidencia a permanência da lógica manicomial para além dos muros institucionais, reproduzindo mecanismos de normalização, tutela e controle sobre os sujeitos, mesmo em práticas que se apresentam formalmente como cuidado.

Quando apostamos no diagnóstico institucional do hospital como um espaço de domesticação dos corpos, é sumário pensar quais corpos passaram cotidianamente por ali, durante o período do estágio. Mais da metade dos sujeitos que passaram pela internação se reconheciam como pretos ou pardos (informação obtida nos prontuários) e de baixa renda, e apenas um desses quase 30 pacientes possuía ensino superior. A predominância da institucionalização de corpos negros e pobres não é por acaso; é mais um reflexo de como os múltiplos fatores de exclusão social se articulam para estabelecer quais sujeitos devem integrar o pacto social e quais devem ser “corrigidos”.

Quando utilizamos os termos “louco” ou “loucura”, não partimos da intenção de delinear um conceito fechado. Esses termos vão sendo acionados no próprio percurso da cartografia, acompanhando os modos pelos quais certos sujeitos são nomeados e posicionados por outros. Assim, “louco” não aparece aqui como uma essência, mas como uma marca atribuída, englobando sujeitos dissidentes que, ao longo desse trajeto, foram definidos como tal por terceiros. Cabe destacar que essa escolha não se relaciona a um desinteresse pela discussão sobre o que é a loucura. Pelo contrário, parte do

reconhecimento de que se trata de um campo denso, que exige um aprofundamento teórico específico. Embora essa discussão atravesse e dialogue com as questões aqui levantadas, ela não constitui o foco central desta escrita, que se orienta mais em direção ao mapeamento da permanência de resquícios manicomiais no cuidado ofertado a esses sujeitos do que no enquadramento de seu sofrimento.

Ainda sobre a utilização dessas expressões, cabe ressaltar que, embora a situação de agressão verbal direta contra os pacientes aparente ser uma exceção, a psicofobia² se faz sentir em falas estigmatizantes, como ao referir-se aos pacientes como “louquinhos” ou em piadas sobre como determinado paciente “já é de casa” e perguntar se o usuário “pretende voltar logo”. Essas falas têm talvez, como principal problemática, não serem ditas com a intenção de ferir, mas serem resultado provisório da disputa de forças que instituem o que se entende por cuidado e loucura. Se por um lado existe um esforço pela reinserção dos sujeitos no tecido social através de práticas emancipadoras, por outro age o “desejo de manicômio” (Alverga & Dimenstein, 2006) e a convergência constante desses dois lados origina uma instabilidade no local que os pacientes da saúde mental ocupam na instituição.

Os chamados “desejos de manicômio” referem-se a forças micropolíticas que atravessam o campo social e sustentam a permanência da lógica manicomial para além de sua materialidade institucional. Não se trata de intenções conscientes, mas de modos de subjetivação que operam na produção de práticas, discursos e relações marcadas pelo controle, pela normalização e pela exclusão da diferença. Tais desejos manifestam-se na tendência de classificar, hierarquizar e regular os sujeitos, reduzindo a experiência da loucura

a categorias fixas e manejáveis, ao mesmo tempo em que reafirmam posições de saber-poder que legitimam intervenções sobre o outro (Alverga & Dimenstein, 2006). Além disso, ao nomear o outro como louco ou qualquer outro adjetivo de cunho pejorativo, fazemos mais do que o estigmatizar, estabelecemos fronteiras simbólicas entre um “nós”, associado à norma, e um “outro”, identificado como desvio, seguindo uma lógica de “se o outro é, eu não sou”, que em certa medida remete à ideia do isolamento dos sujeitos em sofrimento psíquico, funcionando como marcação daqueles que supostamente rompem com o pacto social e são, portanto, indesejáveis.

O desejo de manicômio vai se evidenciando não apenas nas violências explícitas, mas também nas formas mais sutis de negligência que atravessam o cotidiano da internação. Assim, ainda que houvesse acesso a materiais artísticos no hospital em questão, seu uso raramente era incentivado, permanecendo como uma possibilidade esvaziada. Nesse cenário, a unidade psiquiátrica parecia operar como um espaço que “guarda” recursos (televisão, cigarro, chimarrão) que passam a organizar o tempo como mera distração, como passagem, e não como produção de cuidado. Esses dispositivos funcionam mais como amortecedores do cotidiano do que como ferramentas de elaboração, sustentando uma rotina marcada pela espera. O tédio, descrito pelos internos, somado às angústias já presentes, contribui para a produção de um ambiente ansiogênico, pouco favorável à construção de processos efetivos de cuidado e transformação. Ainda, a restrição desses materiais sugere que o acesso a determinados recursos depende de autorização e mérito. Essa lógica reforça uma perspectiva assistencialista de saúde, transformando o cuidado - que deveria ser um direito de

todos - em um privilégio destinado apenas àqueles que são considerados dignos.

Entre a Alta e o Abandono: Fragilidades da Rede de Cuidado

A psicóloga do serviço relatou que são frequentes os casos em que o tratamento não alcança os resultados esperados, sobretudo em razão da dificuldade dos pacientes em manter a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Tal situação evidencia a fragilidade do cuidado em liberdade, princípio central da atenção psicossocial, que muitas vezes se mostra limitado pela insuficiente articulação entre os diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Soma-se a isso a ausência ou fragilidade das redes de apoio familiar e comunitária dos usuários, aspecto que compromete a sustentação do cuidado no território. Além disso, o estigma social historicamente associado à “loucura” e ao uso problemático de substâncias psicoativas produz processos de exclusão e marginalização, dificultando o acesso, a permanência e o engajamento dos sujeitos nos dispositivos de cuidado em saúde mental (Amarante, 2021).

Ao deslocar os sujeitos para fora dos muros do hospital sem a construção de redes territoriais consistentes, produz-se uma circulação que não se sustenta como cuidado, mas como mera errância entre dispositivos fragmentados. Nesse movimento, o acompanhamento se torna descontínuo, os vínculos se fragilizam e o cuidado passa a operar mais pela gestão de crises do que pela sustentação de processos. A lógica do controle, longe de desaparecer, se difunde, atravessando diferentes instituições e práticas que regulam a vida em circulação. Assim, o manicômio não se extingue, mas se atualiza de forma mais capilar, deixando de se

concentrar em um espaço fechado para operar de maneira dispersa e mantendo, sob novas formas, dinâmicas de tutela, normalização e exclusão (Rotelli et al., 2001).

Nesse contexto, torna-se recorrente o encaminhamento de pacientes para comunidades terapêuticas após a alta da internação psiquiátrica, sobretudo quando não existem condições concretas para a continuidade do tratamento em liberdade, situação frequentemente relacionada à ausência ou fragilidade das redes de apoio familiar e comunitária, à insegurança manifestada por alguns próprios pacientes que não se sentem preparados para retornar ao convívio social, especialmente aqueles em tratamento por uso problemático de substâncias psicoativas. Mais do que uma escolha clínica, esse movimento se configura como efeito das limitações estruturais do cuidado territorial, da sobrecarga da RAPS e da dificuldade de construção de projetos terapêuticos compartilhados.

Isso evidencia, retomando as proposições de Cruz et al. (2020), o atual processo de enfraquecimento das diretrizes da reforma psiquiátrica, com o redirecionamento de recursos e legitimidade institucional para dispositivos que retomam, sob novas formas, lógicas de segregação e isolamento. Assim, embora o encaminhamento para essas instituições frequentemente apareça como uma solução prática diante da escassez de alternativas na rede pública, ele também expressa, de maneira concreta, os efeitos do desmonte das políticas de atenção psicossocial e os desafios ainda presentes para a efetivação de um modelo de cuidado baseado na autonomia dos sujeitos, na inserção comunitária e na defesa do tratamento em liberdade.

Diante desse percurso, torna-se possível compreender a atenção em saúde mental não como um campo estabilizado, mas como um território em permanente disputa, atravessado por forças heterogêneas que ora sustentam avanços ético-políticos, ora reatualizam, de maneira mais ou menos velada, a lógica manicomial. As experiências cartografadas permitem reconhecer que a Reforma Psiquiátrica, longe de constituir um marco conclusivo, permanece como um processo inacabado, cuja efetivação depende de condições materiais, políticas e institucionais que nem sempre se sustentam no cotidiano dos serviços.

NOTAS DE ENCERRAMENTO

O manicômio mental, teorizado por Pelbart (1991), talvez justifique, ao menos em parte, o fracasso dos empreendimentos transformadores em saúde mental. Isso porque a desinstitucionalização não se encerra no fechamento dos manicômios físicos, uma vez que a lógica que os sustenta permanece atravessando a subjetividade social. Outorgar direitos aos loucos, acolhendo-os entre nós, nem sempre representa uma atitude verdadeiramente emancipatória, podendo também operar como uma estratégia de homogeneização social. Afinal, para que a ordem vigente se preserve – uma economia neoliberal ancorada nos meios de produção capitalista – é necessário que os sujeitos estejam doentes o suficiente para não questionarem radicalmente o sistema, mas saudáveis o bastante para continuarem produzindo. E aqueles que escapam a esses moldes seguem sendo trancafiados, simbólica ou concretamente, em escolas, asilos, prisões e internações psiquiátricas. Tensionar possibilidades de existência que fujam ao domínio cartesiano provoca incômodo em uma sociedade enrijecida e institucionalizada em seu cerne, cuja resposta à alteridade

frequentemente se manifesta pela exclusão, pela violência e pelo silenciamento daqueles que insistem em existir para além da norma.

Ao retomarmos o objetivo desta escrita – cartografar a permanência de heranças manicomiais nas internações psiquiátricas – podemos considerar que, assim como em tantos outros processos de produção de conhecimento, encerramos com mais questionamentos do que respostas assertivas, o que, em certa medida, embora possa parecer frustrante, não deixa de ir ao encontro dos objetivos de cartografar. Entretanto, as discussões aqui levantadas, embora não tenham resultados em respostas fechadas conforme dito anteriormente, certamente provocaram algumas reflexões importantes.

Os manicômios permanecem, tanto pela existência de instituições físicas que realizam internações psiquiátricas quanto pela lógica social que administra, corrige e silencia aquilo que escapa às normas de produtividade, racionalidade e normalização impostas pela modernidade. A herança manicomial se apresenta não apenas nas práticas explícitas de violência ou confinamento, mas também em modos de relação atravessados pela tutela, pelo descrédito da fala do sujeito, pela medicalização excessiva, pela centralidade do controle e pela dificuldade de sustentar a diferença sem reduzi-la à patologia (Amarante, 2021). Contudo, ao acompanhar as brechas e tensionamentos que emergem no cotidiano institucional, tornam-se perceptíveis possibilidades de atuação da psicologia que se contrapõem à lógica manicomial. Por meio da construção de vínculos, da escuta das singularidades, da circulação pelos espaços coletivos, da articulação com a rede territorial e da problematização crítica das práticas naturalizadas no interior da instituição, a

psicologia pode deslocar-se de uma função centrada na adaptação e normalização dos sujeitos para constituir-se como um campo ético-político comprometido com a produção de autonomia, a sustentação do cuidado em liberdade e o reconhecimento da pluralidade de existências.

As questões que atravessam esse percurso nos trazem que os critérios que definem quais sofrimentos serão reconhecidos como legítimos são produzidos por relações de saber-poder que hierarquizam vidas e regulam modos de existir. Ao reduzir o sofrimento psíquico à dimensão diagnóstica, a racionalidade biomédica silencia aspectos como pobreza, racismo e precarização da vida, transformando questões sociais em problemas individuais. Nesse movimento, a internação passa a operar não como cuidado, mas como dispositivo de contenção e gestão de sujeitos considerados excessivos ou intoleráveis à ordem social.

Assim, sustentar o cuidado em liberdade exige mais do que a substituição de dispositivos; implica um deslocamento radical nas formas de compreender o sofrimento psíquico e de se relacionar com aqueles que o vivenciam. Trata-se de um exercício contínuo de problematização das evidências, de desnaturalização das práticas e de implicação ética com os modos de produção de vida que se dão no interior e para além das instituições. Isso supõe reconhecer que o manicômio não se reduz a um espaço físico, mas se manifesta como uma lógica que pode atravessar discursos, gestos e arranjos institucionais, exigindo, portanto, vigilância crítica constante.

Por fim, talvez seja necessário sustentar que o incômodo que atravessa está escrita não é um efeito colateral, mas sua própria condição de possibilidade. É ele que desestabiliza, que convoca ao

movimento e que impede a acomodação diante das formas naturalizadas de violência. Nesse sentido, mais do que encerrar, este trabalho se coloca como uma abertura: um chamado à implicação contínua com a defesa de uma saúde mental comprometida com a dignidade, a autonomia e a pluralidade dos modos de existir, bem como com a construção de redes de cuidado que, de fato, possam sustentar a vida em sua complexidade, sem reduzi-la ou silenciá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alverga, A. R. de, & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299–316.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.

Amarante, P. (2021). *Loucura e transformação social: Autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. Zagodoni.

Assis, M. de. (1998). *O alienista*. L&PM.

Barreto, L. (2017). *O cemitério dos vivos*. Companhia das Letras.

Borges, S. A. C. (2015). Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 103–110. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1035>

Brasil. (2001, 6 de abril). *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*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, & Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2022). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS: Centro de Atenção Psicossocial* (ed. rev.). <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial/>

Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 1, A. L. de Oliveira, A. Guerra Neto, & C. P. Costa, Trans.). Editora 34. (Obra original publicada em 1980)

Foucault, M. (2014). *História da loucura na Idade Clássica* (J. T. Coelho Neto, Trad., 10ª ed.). Perspectiva. (Obra original publicada em 1961)

Passos, E., & Barros, R. B. (2022). A importância dos analisadores na análise institucional: relatos de experiências. In A. B. de Azevedo, D. A. Duarte, D. de A. Ferrazza, et al. (Orgs.), *Análise institucional e saúde mental: Diálogos plurais* (pp. 79–102). Unicentro.

Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. da (Orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Sulina.

Pelbart, P. P. (1991). Manicômio mental: A outra face da clausura. In A. Lancetti (Org.), *SaúdeLoucura 2* (pp. 131–138). Hucitec.

Ravanello, A. F. D., & Zucolotto, M. P. da R. (2026). Ensaando percepções sensíveis sobre a loucura. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade*, 18(33), 43–63.

Rotelli, F., De Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, Org.). Hucitec.

¹ As comunidades terapêuticas são instituições, em sua maioria privadas e frequentemente vinculadas a organizações religiosas, que oferecem acolhimento residencial formalmente voluntário, a adultos com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Organizam-se a partir da convivência comunitária como eixo do cuidado, articulando práticas como a laborterapia, a valorização da espiritualidade, a abstinência como horizonte terapêutico e a participação em grupos de mútua ajuda. No entanto, tais dispositivos têm sido amplamente criticados por órgãos de direitos humanos, conselhos profissionais e especialistas em saúde pública, que denunciam a ocorrência de violações de direitos, incluindo práticas degradantes, trabalho forçado e restrições de liberdade sob a forma de acolhimento supostamente voluntário. Aponta-se, ainda, a fragilidade de suas bases técnico-científicas, a recorrente ausência de equipes multiprofissionais qualificadas e o caráter isolacionista dessas instituições. Soma-se a isso o questionamento quanto ao financiamento público destinado a tais serviços, especialmente em um contexto de subfinanciamento do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), evidenciando tensões entre diferentes modelos de cuidado em saúde mental.

² A psicofobia é o preconceito, a discriminação e a estigmatização contra pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico.

Embora o termo tenha sido criado em 2011 pela Associação Brasileira de Psiquiatria, o fenômeno tem raízes históricas nos processos de segregação, institucionalização e estigmatização da loucura, que ainda hoje contribuem para a exclusão social e dificultam o acesso a direitos e ao cuidado.