

Recebido:	20/03/2022
Publicado:	12/12/2022

DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA: A TRAJETÓRIA DE MORADORAS E MORADORES

Roselania Francisconi Borgesⁱ  0000-0002-5611-5144

Universidade Estadual de Maringá - UEM

Karla Oliveira Kianⁱⁱ  0000-0001-6896-0540

Universidade Estadual de Maringá - UEM

RESUMO: Este artigo busca compreender os determinantes da vida de sujeitos denominados loucos que culminaram com sua institucionalização, bem como com sua inserção em residências terapêuticas. Instituídas pela Portaria GM nº 106/2000, as residências terapêuticas são uma das estratégias de desinstitucionalização que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Para além de sua definição enquanto moradias na comunidade cujo objetivo se dirige ao processo de reabilitação psicossocial para pessoas com “transtorno mental grave”, institucionalizadas ou não, a análise destes dispositivos pode elucidar paradoxos quanto aos atravessamentos de seus aspectos público e privado, às contradições inerentes ao modo de

produção capitalista e ao paradigma psiquiátrico. Sendo um estudo de natureza exploratória qualitativa utiliza entrevistas semiestruturadas como meio de desvelar as perspectivas de seus atores sociais envolvidos: os moradores das residências terapêuticas. As discussões possibilitaram a reflexão crítica acerca dos determinantes sociais da experiência de sofrimento psíquico, a constatação de graves violações de direitos ainda existentes nos hospitais psiquiátricos e dos desafios e potencialidades da produção de cuidado e da vida em liberdade, sobretudo, num período marcado pelo desinvestimento na saúde pública e na atenção psicossocial perante o acirramento de políticas neoliberais.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Residências Terapêuticas.

FROM PSYCHIATRIC HOSPITAL TO THERAPEUTICS HOMES: THE TRAJECTORY OF RESIDENTES

ABSTRACT: This article aims to understand the determinants in the life of people denominated crazy that lead to their institutionalization and their insertion in therapeutic residences. Established by the Ordinance GM number 106/2000, therapeutic residences are one of the deinstitutionalization strategies that composes the Psychosocial Attention Network. In addition to its definition as a housing in the community whose objective is aimed at the psychosocial rehabilitation process for people with “severe mental disorder”, that can be institutionalize or not, the analysis of these devices can elucidate paradoxes regarding the crossings of its public and private aspects, the contradictions inherent to the capitalist mode of production, and to the psychiatric paradigm. As a qualitative exploratory study, it uses semi-

structured interviews as a way of revealing the perspectives of its social actors involved: the residents of therapeutic residences. The discussions enabled a critical reflection about the social determinants of the experience of psychological distress, the finding of serious violations of rights that still exist in psychiatric hospitals and the challenges and potential of the production of care and life in freedom, especially in a period marked by the lack of investments in public health and in psychosocial care, in face of the intensification of neoliberal policies.

KEY-WORDS: Psychiatric Reform. Deinstitutionalization. Therapeutic Residences.

1. Introdução

Os Serviços Residenciais Terapêuticos ou como comumente os denominamos, as Residências Terapêuticas (RTs)ⁱⁱⁱ, para além de serem uma das estratégias de desinstitucionalização e um dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devem ser compreendidas enquanto lugar de moradia e habitação. De acordo com a Portaria nº. 3.588/2017 estas são:

[...] moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção (BRASIL, 2017).

Experiências pioneiras desde a década de 1990 em diversas cidades brasileiras serviram de inspiração para a criação das RTs no ano 2000, sendo elas tipificadas em Tipo I e Tipo II^{iv}, de acordo com o nível de complexidade da assistência prestada, visando atender as necessidades de cuidados, mais ou menos intensivos (BRASIL, 2017).

Rolin (2013), ao discorrer acerca dos dispositivos de moradia em saúde mental, enfatiza que estes não se configuram como tratamento clínico, ao contrário, o caráter terapêutico incide no investimento do *cotidiano vital* [grifo da autora] desses sujeitos visando o máximo desenvolvimento de autonomia. O estudo de Capucho e Constantinidis (2019) buscou compreender os sentidos da casa e do habitar para moradores e identificou a necessidade do investimento na sua participação no processo de transição do hospital psiquiátrico à residência terapêutica e também do fortalecimento de laços sociais e afetivos.

Reflexões como estas, por sua vez, não podem ser compreendidas senão como resultantes da materialidade de processos históricos da humanidade e, em nenhuma medida, como produtos de movimentos ou determinações transcendentais. É a partir da sua ação no mundo que o ser social cria novas necessidades e também novas formas de relações sociais. Portanto, na busca pela compreensão das ideias dominantes no atual contexto encontramos também a possibilidade da construção de uma nova forma de organização social (MARX; ENGELS, 2005).

É por este caminho que o presente estudo buscou compreender os determinantes da vida de sujeitos denominados **loucos** que culminaram com sua institucionalização, bem como com

sua inserção em residências terapêuticas. Por esta perspectiva refutamos toda e qualquer afirmação de que suas condições psicossociais seriam inatas ou naturais, reafirmando, deste modo, a determinação social e histórica dos processos humanos.

2. Metodologia

Este estudo é resultado de uma pesquisa de campo de cunho exploratório e de natureza qualitativa desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com moradores de três residências terapêuticas Tipo II, de um município de médio porte do Estado do Paraná. Estas RTs foram criadas em 2006, 2008 e 2011, respectivamente. Em uma delas residem oito mulheres e, nas outras, dez homens em cada uma. Do total de vinte e oito moradores, nove participaram da pesquisa, três mulheres e seis homens, com os critérios de inclusão/exclusão: a) condições clínicas denotadas pela ausência de alterações do estado mental (quanto às funções psíquicas, à orientação e crítica); b) idade superior a 18 anos; c) aceite para participação do estudo. De modo a preservar suas identidades, cada participante foi identificado com o nome de uma flor, conforme o Quadro 1. As entrevistas foram realizadas nas RTs e contemplaram questões sobre o contexto da primeira internação psiquiátrica, as vivências em hospitais psiquiátricos ou em instituições correlatas, a transição/ingresso para a residência terapêutica e o cotidiano atual na residência terapêutica (rotina, cuidados em saúde, novas internações psiquiátricas, entre outras). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (PARECER n. 3.402.513/19).

A investigação científica da realidade, como propõe Marx (2013), se dirige para a diferenciação dos processos constitutivos das formas sociais de relação e produção da vida (essência) de sua forma acabada (aparência). Historicamente o olhar limitado à relação imediata e aparente da realidade fundamentou teorias que defendiam a hierarquia racial e a inferioridade biológica, como a teoria da degenerescência e a histeria, ambas localizando em caracteres físicos/fisiológicos de certos grupos de indivíduos a gênese de suas patologias e/ou disfunções, desconsiderando por completo seus determinantes sócio-históricos (VENANCIO, 2004). A aproximação às singularidades destes atores sociais também tem a intenção de dar nome e voz aos sujeitos que foram historicamente silenciados e invisibilizados pelo saber científico de uma época (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Quadro 1 – Identificação do ano de ingresso dos moradores das Residências Terapêuticas participantes do estudo e número de internações após a inserção na residência

Flor	Breve apresentação dos caminhos percorridos pelos participantes	Ano de ingresso na RT	Novas internações
Rosa	Homem, negro. Na infância viveu num orfanato. Passou períodos em situação de rua. Viveu cerca de 19 anos em um hospital psiquiátrico.	2006	Não
Narciso	Homem, pardo. Internações em hospitais psiquiátricos de três cidades diferentes, sendo a primeira por seis meses e a última por sete anos e quatro meses.	2009	Não
Begônia	Homem, branco. Sem histórico de tratamento psiquiátrico antes da internação em um hospital psiquiátrico onde permaneceu internado por 10 anos	2009	1 internação
Magnólia	Mulher, parda. Sem histórico de tratamento psiquiátrico antes da internação no hospital psiquiátrico. Relata que permaneceu mais de uma década em um hospital psiquiátrico.	2011	Não
Margarida	Mulher, branca. Sem histórico de tratamento psiquiátrico antes da internação em um hospital psiquiátrico. Não se recorda do número de internações, relata que não foram muitas, sendo que a última teve duração de 10 anos.	2011	1 internação
Gerânio	Homem, negro. Relata inúmeras internações psiquiátricas em dois hospitais diferentes. A primeira teve duração de oito meses a última de um ano e oito meses, até ser encaminhado para uma instituição denominada “chácara da pastora”.	2012	Não
Cravo	Homem, branco. Passou um período em situação de rua. Num intervalo de 10 anos ficou internado em um hospital psiquiátrico por dois anos e seis meses. A última internação durou quatro anos.	2014	Não
Amarílis	Homem, negro, analfabeto. Passou períodos de trabalho em regime similar ao escravo e períodos em situação de rua. Internado em hospitais de duas cidades diferentes. Relata que a última internação teve duração aproximada de três meses até sua transferência para uma instituição denominada “chácara da pastora” onde ficou por cerca de um ano.	2016	Não
Gardênia	Mulher, branca. Fez tratamento para depressão por muitos anos. Morou um período sozinha, com a ajuda de uma profissional do serviço de saúde mental que a acompanhava, até que foi encaminhada para uma instituição denominada “chácara da pastora”.	2016	Não

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

À luz da investigação histórica, a análise de dados foi composta por três categorias, a saber: O caminho para o “cemitério dos vivos”; Memórias de sobreviventes do “holocausto brasileiro” e “Apesar de você, amanhã há de ser outro dia”.

3. Resultados e Discussão

3.1 O caminho para o “cemitério dos vivos”^v

“É preciso fingir... quem é que não finge nesse mundo? Nenhum médico jamais me disse que a fome, a pobreza, pode levar ao distúrbio mental... mas quem não come fica nervoso, quem não come e vê seus parentes sem comer, pode chegar à loucura...”. O excerto acima, extraído de um clássico do cinema nacional, *Bicho de Sete Cabeças* (2001) que retrata a história de um jovem que foi internado involuntariamente num manicômio pela família, remete à compreensão da loucura.

Historicamente a psiquiatria impôs a institucionalização, por meio do isolamento e de medidas involuntárias e violentas, como principal resposta às situações de crise e de emergências psiquiátricas. A concepção de crise se vincula diretamente ao cuidado ofertado ao usuário. A partir dessa premissa, Martins (2017) problematiza a supervalorização da medicalização e dos protocolos alinhados à hierarquização do saber médico na atenção à crise em serviços substitutivos.

Jardim e Dimenstein (2007), ao proporem uma *ética-cuidado* na atenção à pessoa em crise, ponderam que “a crise é vista enquanto urgência a partir do momento que afeta diretamente a rotina da família (ou do responsável) e que se decide denominar o acontecimento enquanto tal” (p. 178, grifo das autoras). A ampliação da compreensão da crise, para além de seus critérios biológicos e/ou psicológicos, a caracteriza como um processo com determinantes sociais com potencial transformador (AMARANTE, 2007).

Em outras palavras, para além da manifestação sintomática (seja uma desorganização, uma alteração importante do comportamento e/ou do afeto/humor ou a presença de alucinações) a crise é determinada, em grande parte, pela forma como o contexto do sujeito lida com estas manifestações, não somente quanto às suas possibilidades concretas de superação, mas a própria necessidade de superá-las.

A análise da constituição da psiquiatria moderna e do processo de medicalização do hospital desvela o caráter de controle social das instituições totais, como propõe Goffman (2001), ou instituições da violência, tal como descreve Basaglia (1985), justificadas e legitimadas pelo discurso científico o qual afirmou “que o doente mental deveria ser considerado o resultado de uma alteração biológica mais ou menos indefinida, diante da qual não havia nada a fazer senão aceitar docilmente sua *diferença* relativamente à norma” (BASAGLIA, 1985, p. 104, grifo do autor).

Esta diferença não é definida exclusivamente pela (suposta) doença em si, ao que poderia ser chamado de evolução direta da doença, há também uma determinação

socioeconômica da condição do sujeito na forma como ele será tratado, isto é, a partir da abordagem terapêutica adotada, incluindo seu nível de institucionalização, se exprime a relação psiquiatra-paciente e através desta, também da sociedade-paciente (BASAGLIA, 1985).

Do exposto, destacamos duas reflexões que parecem pertinentes: a alusão de que a doença mental tenha caráter suposto, e, portanto, seja questionável quanto à sua legitimidade, considera a historicidade da função higienista do manicômio, desde a sua criação, de excluir e aprisionar pessoas tidas como desajustadas, do ponto de vista de um determinado sistema social, como: sujeitos destituídos da razão (AMARANTE, 2007), negros, pessoas com supostos desvios da sexualidade (prostitutas, homossexuais, mães solteiras), considerados criminosos, epiléticos, alcoolistas, mendigos, militantes políticos (ARBEX, 2019). Isso significa que, mesmo se aceitarmos os critérios diagnósticos da psiquiatria como válidos, ainda lidaremos com o fato de que muitas das internações não se justificariam por critérios médicos, ou seja, o argumento de que a instituição psiquiátrica se propõe a ser um espaço de cura não se sustentaria. Ademais, ao refletir sobre a saúde mental destas populações devemos considerar os impactos às suas subjetividades diante de tais objetivações, histórica e socialmente determinadas (FÉBOLE; MOSCHETA, 2020).

Destarte, a segunda ponderação é: se a realidade demonstra que há situações nas quais pessoas apresentam alterações em seu estado mental, não as negaremos. Trata-se de concebê-las como parte de uma experiência de sofrimento psíquico^{vi}, refutando toda compreensão de caráter estigmatizante na forma de explicações biologizantes que descontextualizam tal condição e que localizam no indivíduo a gênese de sua alienação (BASAGLIA, 1985), ao contrário, desejamos afirmar sua determinação social, econômica e histórica.

Referimo-nos aqui ao caráter social do ser humano, e de todas as suas vicissitudes, incluindo o que a psiquiatria tradicionalmente convencionou chamar de transtornos/doenças mentais. Ao buscarmos os determinantes sociais nas histórias de vida dos participantes de nosso estudo identificamos elementos comuns, que, para além do aspecto singular remetem ao universal particularizado: condições de vulnerabilidade social, histórico de violências, rompimento de vínculos, uso/abuso de substâncias psicoativas e expressões de significativo sofrimento psíquico.

Tendo em conta tais questões, apresentamos a história de Narciso que relembra que ficava em casa com os pais até que eles foram para um asilo e toma esta ausência de suporte como um dos fatores que culminou em sua ida para o manicômio. Rememora situações de precariedade financeira, após ficar longe de seus pais. No período de inverno não tinha água aquecida para banho e tomava doses de aguardente para se manter aquecido. Sua primeira

internação ocorreu após a perda do emprego de frentista de posto de combustível “*daí eu virei crente, aceitei Jesus... daí eu fiquei ruim da cabeça*” (Narciso). E, assim, foi encaminhado para o hospital da região, onde permaneceu por seis meses. Do exposto, identificamos contingências de vulnerabilidade social, fragilidade de vínculos familiares (mesmo tendo familiares, Narciso residia sozinho e não teve suporte diante da perda do emprego) e ainda da falha da rede de atendimento em saúde no acolhimento às suas demandas de sofrimento psíquico.

A história de Begônia também traz vicissitudes ligadas às mesmas contingências, visto que ele foi levado para um manicômio após a ida de sua mãe para um asilo para idosos, conforme relatou: “*Minha mãe, cadê minha mãe? Está em [cidade], no asilo... Você vai no sanatório... Chegou uma Kombi no sanatório*”. Por sua vez, Magnólia associa a sua ida a um hospital psiquiátrico à perda de uma casa: “*é porque eu tinha perdido a casa daí me levaram para lá... levaram para lá*”. Pelas percepções de Begônia e de Magnólia, não houve uma crise e/ou qualquer justificativa médica que haveria acarretado a internação psiquiátrica, e sim a falta de um lugar para morar, ou seja, o fator determinante foi socioeconômico.

Com a perda de referências parentais, Amarílis passou por diversas cidades trabalhando em lavouras em condições muito precárias de vida e condições de trabalho análogas à escravidão. Amarílis reconhece que suas condições de vida tiveram relação direta com seu “transtorno mental” e afirma: “*Mas é duro, eu sofri muito na minha vida... nasci muito sofrido... minha vida é muito sofrida. Então pessoa que sofre demais tem hora que fica nervosa. Muito sofrimento*”.

Cravo também arrola situações em sua vida ao sofrimento vivenciado e expresso na forma de nervosismo. Além de situações de conflitos e perdas financeiras, a morte de sua avó parece ter desencadeado uma crise a qual resultou em sua saída de casa, permanecendo na rua por dois anos, e após um ato de autolesão, sua primeira internação foi feita por sua família. Adiante afirma que após a ida do pai para um asilo foi novamente internado pela família porque “[...] *fumava uma ervinha. Aí me internaram e me deixaram quatro anos lá, me esqueceram, a família, lá dentro*” (Cravo).

Entendemos fundamental, sobretudo no atual momento histórico de importantes retrocessos e ataques às políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas, problematizar o paradigma proibicionista da guerra às drogas que culmina na criminalização e patologização em massa de populações específicas, a dizer: pobre, negra e da periferia, como meio de atender a determinados interesses mercantis. Nesta perspectiva, assim como na história de Cravo, o sujeito que faz uso de substâncias psicoativas, especialmente as ilícitas, é tratado como doente a ser curado pela psiquiatria e recebe como principal via de tratamento a exclusão

e o isolamento no âmbito social e familiar e que tampouco se mostra eficiente para o objetivo da abstinência ao qual se propõe (FERRAZZA; ROCHA, 2020).

Em sua trajetória de vida, em grande parte vivida em um manicômio, Rosa analisa com exímia maestria a função eugênica e econômica desta instituição: “*no hospital você fica escravo de prisão de grade... assim, depende do enfermeiro, você pede, não ganha, não dão... usam pacientes pra ficarem ricos. (...) Ele [psiquiatra] está ali pago pra não chegar nos ricos, ricos... a polícia também é paga*” (Rosa).

Almeida (2018) traz a discussão de Donnangelo (1979) quanto à indissociabilidade da dimensão social do corpo enquanto objeto de prática médica, como expressão da normatividade e da estrutura histórica de sua produção. “Portanto, quando a psiquiatria define o transtorno mental como uma dimensão ou um desvio, há que se questionar os parâmetros adotados – de função ou de norma social – em sua caracterização” (ALMEIDA, 2018, p. 63). Em concordância com Silva (2014) a busca pela compreensão do processo de adoecimento psíquico se dá a partir da estrutura da atividade do sujeito, em termos de motivos, finalidades e condições concretas em determinada estrutura social. Kinoshita *et. al.* (2016) analisa os elementos constituintes da dinâmica do sofrimento, sem perder de vista sua totalidade, alertando para a importância de não reduzir ou fragmentar as demandas em saúde mental.

A história de Margarida, que refere ter sido poucas vezes internada, porém por períodos longos, é marcada pela violência de gênero praticada por um namorado e por sua própria família. Em seu primeiro relacionamento amoroso, ainda muito jovem, relata que sofria graves agressões: “[...] *ele me maltratava, ele pegava cabo de vassoura, cabo de pau grosso, de enxada que estava no quintal...*” (Margarida). Margarida teve duas filhas e nas duas vezes foi impedida de cuidá-las. Em sua história ficam evidentes a função de controle social da instituição psiquiátrica e a estrutura patriarcal da sociedade, visto que afirmou: “[...] *a minha irmã me internou pra eu não engravidar mais... Mas eu não, não quero mais engravidar solteira, não. Só depois que eu casar. Daí eu fiquei 10 anos da última vez* (Margarida).

Refutando as teorias médicas ou psicológicas que teorizaram sobre as diferenças naturais de homens e de mulheres, justificando-as por estruturas universais, ora fisiológicas ora psíquicas, recorreremos às contribuições de Marx (2011) em sua obra *Sobre o suicídio* na qual o autor desvela a opressão do patriarcado e da tirania familiar como determinantes sociais [do sofrimento psíquico e] do suicídio de mulheres. Para Silva e Garcia (2019) “a loucura feminina transformou-se a transgressão social ou moral em doença mental, por meio de discursos daqueles que detêm o poder, seja ele político, religioso, médico, jurídico ou até mesmo familiar” (p. 51).

De acordo com Lessa (2012), na sociedade capitalista a invenção da família monogâmica (burguesa) se fez necessária como forma de garantir a propriedade privada. Marx (2013) fundamenta a relação desigual de gênero a partir da divisão sexual do trabalho, explicitando como a opressão da mulher acarretou a intensificação da exploração da classe trabalhadora. Dialogando com Marx, Federici (2017) discute o processo de exploração e subalternização da mulher – da transformação de seu corpo enquanto máquina de reprodução da classe trabalhadora – no processo de acumulação primitiva no desenvolvimento do capitalismo.

Nos casos de Magnólia, Begônia, Narciso e Margarida não há histórico de tratamento psiquiátrico anterior à primeira internação. Isto significa que aquele que deveria ser o último recurso foi tomado como primeira opção e ainda, considerando seus contextos relatados por eles mesmos, em total dissonância com os critérios estabelecidos pela legislação.

Reconhecendo a importância de abarcar a família no cuidado em saúde mental da pessoa em sofrimento, Frazatto (2011) buscou conhecer o caminho de retorno para casa de egressos do hospital psiquiátrico, a partir da perspectiva de seus familiares, e identificou que, em geral, o hospital foi tomado pelas famílias como único recurso no momento do início dos sintomas de seu sofrimento psíquico, e também posteriormente, ocasionando em longas e sucessivas reinternações, mesmo com a existência de recursos e dispositivos extra-hospitalares no município onde residiam.

A história de Gerânio é mais um protótipo de tal condição. Em seu discurso Gerânio associa a sua primeira internação, que teve duração de oito meses, como uma forma de cuidado, ao afirmar: *“meu pai foi lá pra... pra... fazer tratamento pra mim, né... Melhorar a saúde”*. Depois da primeira vez, frequentemente era reinternado devido ao seu estado *“depressivo”* e *“nervoso”* (Gerânio). Morou com os irmãos e outros parentes, porém, em todos os casos relatou situações de conflitos, violência ou negligência, tendo citado desde agressões físicas a situações às quais passava fome.

Tomando como referências as discussões acerca do caminho à institucionalização, interessa-nos, neste momento, analisar o funcionamento de tais instituições a partir da vivência dos próprios moradores e também do preconizado em termos da legislação e da literatura científica sobre o tema.

3.2 Memórias de sobreviventes do “holocausto brasileiro”^{vii}

Ao aproximarmos a discussão das instituições totais (GOFFMAN, 2001) e das instituições da violência (BASAGLIA, 1985) identificamos alguns pontos de convergência entre eles: a objetificação do sujeito institucionalizado, a dinâmica institucional e a supremacia do discurso científico hegemônico na instituição.

A divisão básica entre os dois grupos, os controlados (pacientes) e os supervisores (profissionais), é fato central nas instituições manicomiais. No primeiro grupo as individualidades dos sujeitos são anuladas. O segundo representa a própria instituição na relação. Diversas estratégias são aplicadas a fim de preservar esta relação hierárquica e, não raramente, a instituição se beneficia ainda da exploração do trabalho dos internos, sem que haja uma remuneração formal ou justa. O pagamento, muitas vezes, se faz por meio de **regalias**, e este próprio sistema de privilégios reforça o controle da instituição total sobre o interno (GOFFMAN, 2001). Rosa descreve as atividades que realizava durante quase duas décadas de internação: “[...] *ajudava, trabalha, limpava umas louças... carregava peso... apoiar, pra ganhar um pouco melhor*”, e assim, como privilégios que recebia tratamento diferenciado: “*me tratava bem, aí eu fazia chamada pra chamar paciente, isso daí eu ganhava um cigarro, um pedaço de lanche, uma tubaína*”, e, segundo relato, até mesmo o direito de sair de vez em quando: “*eu escapava lá porque eu fazia chamada*”. Begônia, Amarílis e Margarida também descrevem relações de trabalho não remunerado nas instituições onde foram internadas.

A inspeção nacional realizada nos Hospitais Psiquiátricos divulgada no *Relatório de Inspeções: 2018* (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) denuncia uma série de graves violações de direitos humanos quanto à imposição do trabalho forçado, seja como forma de suprir a insuficiência de funcionários nos hospitais (inclusive, trabalhos técnicos de competência exclusiva da enfermagem), ou como forma de ocupar o tempo ocioso e obter ganhos secundários dos internos. Até mesmo as propostas voltadas para a geração de trabalho e renda se mostraram desvinculadas de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a verba advinda da venda dos produtos confeccionados era revertida para a compra de insumos do próprio hospital. O referido Relatório aponta ainda para a presença dessas supostas propostas terapêuticas envolvendo a atividade trabalho apenas em instituições do setor público ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde.

Há diversos relatos que apontam características de instituições asilares e a presença de tratamento cruel, desumano e degradante ou de tortura, além da exploração de pessoas internadas, conforme já exposto, também a ausência de PTS; pessoas internadas em condição de longa permanência; ausência de equipes de desinstitucionalização; insuficiência de equipe técnica; restrição de acesso aos ambientes de convivência e de lazer; acesso restrito à água

potável; queixas sobre alimentação (insuficiente ou de má qualidade); banho frio; falta de privacidade (banheiros sem porta ou uso de câmeras de vídeo); presença de locais de isolamento; práticas punitivas; uso irregular de medicação; realização de internações involuntárias sem a comunicação devida ao Ministério Público, sendo que várias dessas práticas foram relatadas pelos participantes desta pesquisa.

O abuso de medicações psiquiátricas é relatado por Narciso ao rememorar sua vivência no sanatório *“Lá era horrível!”*. Descrevendo que ficava impregnado com o excesso de medicações afirma que: *“sentia agonia... não tem coisa pior que sentir agonia”*. Margarida relembra que: *“davam muitos comprimidos, eu desmaiava”*. A utilização das contenções químicas e mecânicas com o objetivo de manter o funcionamento da instituição total e até mesmo como prática disciplinar e punitiva ainda é uma realidade nos manicômios brasileiros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Sobre as condições de hotelaria, a descrição feita por Cravo indica a inadequação dos espaços físicos do manicômio onde ficou internado: *“muito tumultuado né, muita gente no mesmo local, muita confusão (...) por causa de ficar se sentindo preso lá dentro, o pátio pequeno, ficava sentindo preso lá”*.

Situações de violência e brigas entre pacientes foram diversas vezes relatadas. Magnólia avalia: *“No sanatório?! Ah... lá é briga, apanha lá... tudo ruim”*. Gerânio também descreve a rotina de violências físicas como uma rotina do nosocômio: *“começou a ter muita briga lá (...) ele deu um chute aqui em mim [apontou para o rosto] no corredor ali, sabe o corredor? (...) caiu 3 dentes (...) doeu pra caramba, gritei de dor”*.

Ao ser questionado sobre a interferência de funcionários nas agressões entre pacientes, Gerânio explica: *“Ah... eles [funcionários] estavam todos lá pra baixo, mexendo com o banho (...) não apareceu nenhum, não... e se eu chamasse era pior, batia mais... se eu chamasse... tinha que ficar quieto lá... se chamar os outros, apanha mais”*. Assim, desenvolveu uma estratégia como forma de defesa: *“você não pode dar moleza lá (...) daí eu comecei a agredir também... comecei a agredir lá dentro também... comecei a bater nos outros também...”*. O relato de Gerânio evidencia também a insuficiência de equipe técnica em promover o cuidado com os internos. A garantia de uma equipe suficiente é condição indispensável para a produção de um cuidado integral da pessoa em sofrimento psíquico. A falta de funcionários e as condições precárias de trabalho têm como desdobramentos uma assistência de má qualidade e de situações de violência, tanto entre internos, conforme relatos dos participantes deste estudo, quanto por parte de profissionais como o excesso de contenções mecânicas e químicas e a ausência de atividades terapêuticas.

Assim como Gerânio, Margarida também relata que era agredida com frequência, pondera o motivo que relacionou a tais agressões (conflitos com outras internas) e menciona ainda práticas punitivas para a quebra de regras do hospital. “*As mulheres me batiam lá (...) elas pedem pra visita levar pra elas, levar maço de cigarro, lá é proibido fumar (...) o enfermeiro descobre, dá injeção nelas (...) elas batiam em mim, pensavam que eu contava pras enfermeiras*”.

Gerânio e Narciso também relatam práticas punitivas, abusivas e violentas em hospitais onde ficaram internados: “*eles judiavam da gente lá. Judiavam da gente... é ruim, né... levei choque...*” (Gerânio) e “*me amarraram com umas cordas... aquele dia foi o fim... [com gestos, demonstrou como foi enforcado por um funcionário do hospital] eu afoguei... tossi... ele me deu umas pancadas aqui [apontou para a cabeça] um capeta... lá é coisa do diabo, coisa do cão...*” (Narciso). Acerca do tratamento recebido no sanatório, Rosa afirma: “*Lá é pior do que o inferno! É hospital psiquiátrico, eu vi povo morrendo lá... poucas vezes lá vinha visita... onde sofre não vem... ninguém vem onde sofre (...) não quer ficar lá, grita, faz tudo pra sair*”.

Após tantos períodos difíceis vivenciados em instituições totais outras possibilidades foram se desenhando para esses sobreviventes e um processo de desinstitucionalização passou a ser enunciado.

3.3 “Apesar de você, amanhã há de ser outro dia”

A poesia cantada de Chico Buarque remete ao essencial e determinante aspecto humano na construção e transformação da própria realidade. Referindo-se ao árduo período da ditadura militar, o cantor e poeta enuncia a perspectiva de superação dos fatores sócio-históricos da época. Isto no faz pensar que: “O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém” (FREIRE, 2015, p. 74-75). Destarte, as estratégias de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, para além de um projeto revolucionário nas dimensões teórica, assistencial, jurídica e sociocultural (Amarante, 2007), configuram-se como mudanças concretas na vida de pessoas que passam a vislumbrar a possibilidade da assunção do status de sujeitos e não mais de objetos em sua própria história.

Ainda que a vivência de sofrimento e desumanização fique evidente nos discursos dos ex-moradores do hospício coexistem também sentimentos ambivalentes em alguns casos, uma

vez que “[...] o hospital passa a ser um constituinte significativo da identidade do sujeito, especialmente para aqueles que lá permaneceram por muito tempo” (FASSHEBER; VIDAL, 2007, p. 200). A despeito disto, as moradoras e moradores são unânimes em relação à saída da instituição asilar para a residência terapêutica expressando sentimentos de alívio, conforme exemplificado nos relatos de Gerânio e Narciso: *“Ah... eu fiquei alegre de sair dali [hospital]. Ali não era bom, não, ficavam batendo na gente lá... [enquanto que na residência terapêutica]... eu sinto, eu sinto, eu sinto bem...”* (Gerânio). *“Um dia eu estava dormindo num ‘colchoado’, eles davam isso pra gente dormir... e disseram que eu ia embora, Graças a Deus!”* (Narciso).

Margarida relembra: *“Eu chorava lá (...) Pedi à Deus que aparecesse alguém pra me tirar de lá”*. Embora o discurso de Margarida evidencie o seu sentimento de satisfação e bem estar por viver na residência terapêutica: *“Sinto bem. Durmo a noite inteira... amanheço tranquila... calma (...) eu me sinto melhor do que no sanatório, com a família... porque eu apanhava”*, é possível identificar também aspectos que revelam um sentimento de não pertencimento da própria casa e resquícios da vigilância vivenciada no manicômio: *“[...] me sinto bem na residência terapêutica. Aqui é tudo tranquilo, em paz... Se brigar, bater e pegar as coisas uma da outra, as funcionárias marcam num relatório e vai pra [gestora] (...) daí [ela] não dá o dinheirinho da semana”* (Margarida).

O processo de ingresso na residência terapêutica feito por Amarílis foi descrito como uma decisão da qual ele não teve participação: *“Foi meio de surpresa, né... aí eles fecharam lá [a chácara da pastora] daí ela já falou que eu ia pra umas casas, mas não falaram onde eram (...) eu fiquei contente, falei ‘agora não vou sofrer mais’, aí eu vim pra cá... aí faz dois anos que eu estou aqui”*. Por essa lógica, assim como seu ingresso na residência terapêutica não teve a sua participação no processo de decisão, uma possível saída, da mesma forma, é vivenciada como ameaça e insegurança constantes, assim como apontado no estudo de Capucho e Constantinidis (2019), acrescido à vulnerabilidade pelo fato de Amarílis não ser alfabetizado: *“Se eu sair daqui eu sei que vai ser o fim da minha vida (...) Não é minha casa aqui (...) me virar sozinho eu não vou me virar, não sei me virar mais”*.

Assim, a possibilidade de saída do hospital, ou da própria residência terapêutica, como relata Amarílis, também pode ser vivenciada com sentimentos de medo e insegurança. Sobre o período da adaptação na residência terapêutica, Gardênia descreve que *“o dia a dia é... no começo é um saco, né... até pegar o embalo... no começo eu sofri, precisa de ver (...) aquilo que eu digo assim... o hábito...”*. Diferente do vivenciado por Amarílis e parcialmente por Margarida, Gardênia expressa sentimento de pertencimento à residência: *“isso aqui é o nosso lar... é a nossa casa...”*.

A respeito de tais apontamentos, Frazatto (2011, p.17) ressalta que o voltar pra casa, do egresso do hospital psiquiátrico, muitas vezes significa inaugurar uma nova casa e destaca aspectos e interstícios neste caminho: a decisão (e os sentimentos associados) à saída do hospital, sua nova moradia, a oposição à ideia naturalizada da hospitalização da loucura e, até mesmo, de “quem era esse sujeito antes de ser acometido pelo [dito] transtorno mental”, ou, em outros termos, antes de sua institucionalização.

O significado da assistência prestada no âmbito da saúde mental, por sua vez, perpassa discussões intrínsecas ao posicionamento ético-político assumido, conforme definem Carvalho e Bosi (2016), muito além da implantação de dispositivos extra-hospitalares a complexidade do cuidado tangencia as indissociáveis e complementares dimensões do acolhimento, da autonomia e da produção de vida. Esta perspectiva refuta por completo a lógica positivista que compactua com a visão assistencialista manicomial, alimentada também no imaginário social. Neste sentido, a não desassistência é um princípio básico do processo de desinstitucionalização e, assim como pormenoriza Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), trata-se da mudança radical do que se compreende por assistência.

Inseguro ainda quanto a sua competência Gerânio expressa angústia diante do fato de ir desacompanhado a consultas médicas em serviços de pronto atendimento e afirma que outros moradores têm consultas psiquiátricas com mais frequência que ele: *“eles sabem que eu tenho que consultar e não me chamam, chamam o [nome de um morador], chamam o Narciso, chamam o [nome de outro morador]... e não me chamam”*. E adiante: *“eles me mandam ir sozinho, eu vou sozinho, eu me viro... pego meu documento e vou ali na UPA [Unidade de Pronto Atendimento]”*. A este respeito, não concebendo que ir sozinho a consulta poderia ser um exercício de autonomia ou autossuficiência, avalia: *“coisa ruim... porque meu pai falou sempre que, meu pai falou sempre que tem que ter um acompanhamento com alguém né”*.

Na contramão do paradigma psiquiátrico, a perspectiva freiriana compreende a autonomia como processo, e, portanto, essencialmente carregado de potencialidades e demarcado por condições concretas, favoráveis ou limitadoras. Assim, Freire (2015, p. 105, grifo do autor) define que “ninguém é sujeito da autonomia de ninguém (...) A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento *do ser para si*, é processo, é vir a ser”. Neste sentido, faz-se um deslocamento do problema localizado no sujeito não autônomo para as formas de sociabilidade que não lhe proporcionam **experiências** respeitadas da liberdade (p. 105, destaque nosso). Esta concepção de autonomia se equipara à compreensão de reabilitação psicossocial, conforme discussão apresentada por Pitta (1996), em ambas, tendo como pressuposto o caráter inacabado do ser humano e de sua constituição

dialética e não causal. Destarte, o trabalho na atenção psicossocial exige uma reinvenção cotidiana do modo de ver o mundo e de vivenciar suas práticas.

A exitosa experiência do grupo musical, fruto de uma parceria da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Cultura do município em tela, do qual alguns dos moradores de residências terapêuticas são integrantes, se apresenta promissora como potencial terapêutico dos participantes do projeto. Narciso, Gerânio e Gardênia, que fazem parte desse grupo musical desde sua criação, expressam os novos sentidos atribuídos a partir da música ao falar sobre os ensaios, as apresentações e a aprendizagem de novos instrumentos. *“Estou aprendendo violão... eu estou bem adiantada nas aulas já, de violão...”* (Gardênia).

Outro importante aspecto ligado à autonomia é a independência para ir e vir. Alguns participantes mencionam o hábito de transitar pela cidade: passeios e atividades físicas em praças: *“Se eu gosto de sair sozinho?! Eu gosto... tem uns que não saem sozinho... eu saio...”* (Gerânio); caminhadas no parque: *“Eu saio, ali no bosque, ali pra baixo... eu faço, eu faço [caminhada] quase todo dia”* (Magnólia); idas ao cinema: *“Eu vou ao shopping também (...) fico passando a hora ali [numa praça] outra hora eu vou lá no shopping... vou no cinema...”* (Gerânio); encontro com amigos: *“Passo, converso com as pessoas”* (Rosa); compras no comércio: *“Eu saio pra ir ao mercado”* (Magnólia) e atividades culturais *“Gosto de tocar violão”* (Narciso); ouvir música em bailes: *“Eu vou... ah, baile eu vou... eu gosto de ver as músicas... gosto de ir”* (Gerânio), além do acompanhamento semanal no Centro de Atenção Psicossocial de referência. O autocuidado também é percebido na fala de Rosa: *“Porque eu descobri, que quando eu acordo eu sinto uma dor aqui, umas dores [apontando para as pernas], aí eu pensei, sabe o que eu tenho que fazer? Esticar aqui (...) eu faço ginástica ali na Praça”*. Além disso, rotinas com a limpeza e organização da casa também se apresentam como atividades as quais moradoras e moradores verbalizam prazer em fazê-las. Rosa demonstra com satisfação *“fui eu quem plantei esse pé”* [verbalizou apontando para um vistoso pé de mamão no quintal da casa].

Pensar o processo de vir a ser, como propõe Freire (2015), é um trabalho complexo, carregado de especificidades, que, do mesmo modo, exige respostas criativas, além das atribuições específicas de cada área profissional. Assim sendo, a partir das experiências dos participantes deste estudo e, à luz de propostas de políticas de saúde mental no bojo da constante transformação da realidade, encerramos, por ora, esta tarefa árdua, mas muito profícua, de pensar a autonomia enquanto premissa ética e política da Reforma Psiquiátrica brasileira.

4. Considerações Finais

A análise do atual momento histórico revela importantes retrocessos no âmbito da atenção psicossocial no Brasil de modo que a assunção de um posicionamento ético e político se torna imprescindível na luta pela manutenção e ampliação dos direitos conquistados neste âmbito. Esta perspectiva se apresenta como um dos motivos para o desenvolvimento do presente estudo, o qual teve como enfoque as residências terapêuticas, um dispositivo da estratégia de desinstitucionalização da rede de atenção psicossocial. A aproximação dos usuários, enquanto atores e protagonistas desse processo proporcionou importantes elementos para reflexões sobre o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira em suas diferentes dimensões.

As trajetórias destes moradores e moradoras evidenciam as violências e a usurpação de direitos que denunciam a incoerência do paradigma psiquiátrico que parte de explicações biologizantes e individualizantes para a defesa do isolamento e da medicação como vias de tratamento das chamadas doenças mentais. Sendo assim, novos estudos que produzam novas reflexões podem trazer importantes contribuições.

Por fim, pela explicitação de diferentes nuances de algumas histórias de vida é possível considerar o adoecimento mental como uma experiência eminentemente humana de sofrimento psíquico a partir de suas múltiplas determinações sociais e históricas. É possível ainda vislumbrar possibilidades reais da produção de cuidado, de construção de autonomia e do viver em liberdade, engendradas a partir de mudanças nas condições concretas de vida.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos de humor**. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/153333>. Acesso em 16 fev. 2022.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial** (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. 1a Ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BICHO de sete cabeças. Direção Laís Bodanzky. Roteiro: Luiz Bolognesi. Baseado no livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno, **Canto dos Malditos**. **Buriti Filmes**. Drama. 84 minutos, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 21 de dezembro de 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 16 dez. 2021.

CAPUCHO, M. C.; CONSTANTINIDIS, T. C. O lar e o habitar para moradores de Serviço Residencial Terapêutico. **Psicologia em Pesquisa**, 13(2), 107-127, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000200006. Acesso em 16 jan. 2022.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M. Tessituras de um modo “eticopolítico” do cuidado em saúde mental. In NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.). **Saúde mental na Atenção Básica: Política e cotidiano** (pp. 201-220). Salvador, BA: EDUFBA, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil**: Relatório de Inspeção Nacional. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>. Acesso em 23 fev. 2022.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 27, n. 2, p. 194-207, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/yqC5FMLNHZxwBNJvtQhcvHD/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 dez. 2022.

FÉBOLE, D. S.; MOSCHETA, M. S. Psicologia e interseccionalidade: uma aproximação necessária para intervenção em saúde. In ZANIANI, E. J. M.; BORGES, R. F. (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas**: perspectivas e desafios para a formação e atuação (pp. 185-207). Maringá, PR: EDUEM, 2020.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. 1a ed., São Paulo: Elefante, 2017.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C. Psicologia e políticas públicas: apontamentos sobre os desafios da atenção e do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. In ZANIANI, E. J. M.; BORGES, R. F. (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas**: perspectivas e desafios para a formação e atuação (pp. 231-265). Maringá, PR: EDUEM, 2020.

FRAZATTO, C. F. **O hospital psiquiátrico e o “voltar para casa”**: interstícios deste caminho. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2011. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-arquivos-teses-e-dissertacoes/carinaffrazatto-dissertacao.pdf>. Acesso em 16 jan. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 51a ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7a ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, 13(1), 169-190, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>. Acesso em 16 jan. 2022.

KINOSHITA, R. T.; BARREIROS, C. A.; SCHORN, M. C.; MOTA, T. D.; TRINO, A. T. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. In NUNES, M.; LANDIM, F. L. P.

(Org.). **Saúde mental na Atenção Básica**: Política e cotidiano (pp. 47-76). Salvador, BA: EDUFBA, 2016.

LESSA, S. **Abaixo a família monogâmica**. São Paulo: Instituto Luckács, 2012.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**, 11(20), 226-242, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a12.pdf>. Acesso em 16 nov. 2022.

MARX, K. **Sobre o suicídio** (M. O. Pinassi; D. Jinkings, trad.) São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política: Livro I: O processo de produção do capital (R. Enderle, trad.) São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã** (F. Müller, trad.) São Paulo: Martin Claret, 2005.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação social no Brasil hoje? In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil** (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec, 1996.

ROLIN, M. G. A questão da moradia em saúde mental. In Mateus, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira (pp. 169-175). São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização** (M. F. S. Nicácio, trad.). São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, M. A. S. **Compreensão do adoecimento psíquico**: L. S. Vigotski à Patopsicologia Experimental de Bluma V. Zeigarnik. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2014. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2014/maria-ap-1>. Acesso em 23 jan. 2022.

SILVA, T. D. M.; GARCIA, M. R. V. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. **Psicol. Pesq.**, v. 13, n. 1, p. 42-52, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000100005. Acesso em 16 dez. 2021.

VENANCIO, A. T. A. Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. **Physis**, v. 14, n. 2, p. 283-305, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/C4DzDmKQNqsVctd38mRNVtB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 fev. 2022.

i Psicóloga. Doutora em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp-Assis). Pós Doutora em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Integrante do Laboratório de Estudos em Psicologia Sócio-Histórica - LAEPSO (CNPq). Email: rfborges@uol.com.br

ii Psicóloga. Especialista em Atenção à Urgência e Emergência pelo Programa de Residência Integrada Multidisciplinar em Atenção à Urgência e Emergência da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: kiankarla.o@gmail.com

iii Neste estudo adotamos a denominação residências terapêuticas (RTs).

iv As residências terapêuticas são tipificadas em Tipo I e Tipo II para atender as necessidades de cuidados, mais ou menos intensivos (BRASIL, 2017).

v Referência à obra *Cemitério dos Vivos* (1961), de Lima Barreto (1881-1922). O livro relata as experiências do autor durante suas internações no Hospital Nacional dos Alienados em 1914 e entre 1919 e 1920, sendo o

alcoolismo o motivo das internações.

vi Optamos pelo uso do termo “em sofrimento psíquico” em detrimento aos conceitos de “portador” de “transtorno/doença mental” por considerar que estes denotam a racionalidade do paradigma médico e que a expressão aqui escolhida tem sido utilizada no contexto do campo da saúde mental e da atenção psicossocial no Brasil, tal como demarca Almeida (2018) e em concordância com a definição de Kinoshita *et. al.* (2016).

vii Referência à obra *Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil* (2013), de Daniela Aberx. A partir de entrevistas com ex-funcionários e sobreviventes do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (a “Colônia”), fundado em 1903, o livro resgata suas histórias e desvela os horrores por eles vivenciados.