

CONSELHO EDITORIAL

Marie-Claire Sekkel (*Universidade de São Paulo*)
Paulo Duarte de Carvalho Amarante (*Escola Nacional de Saúde Pública
– Fundação Oswaldo Cruz*)
Rosilda Mendes (*Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada*)
Thomas Josué Silva (*Universidade Federal do Pampa*)
Walter Ferreira de Oliveira (*Universidade Federal de Santa Catarina*)

Copyright © 2011 by Ianni Regia Scarcelli

Todos os direitos desta edição reservados à Zagodoni Editora Ltda. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida, seja qual for o meio, sem a permissão prévia da Editora.

Revisão: Marta D. Claudino

Diagramação: Elki Milena Z. Vieira

Capa: Givaldo Fernandes

Editor: Adriano Zago

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Scarcelli, Ianni Regia
Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental /
Ianni Regia Scarcelli - São Paulo : Zagodoni, 2011.
192 p.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-64250-17-8

1. Hospícios 2. Exclusão social 3. Saúde mental 4. Moradia I. Título

LC RA960

[2011]

ZAGODONI EDITORA LTDA.

Rua Brigadeiro Jordão, 848

04210-000 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 2334-6327

contato@zagodonieditora.com.br

www.zagodonieditora.com.br

Par
Gabrie

Introdução aos Dilemas da Saúde Mental

Saúde Mental é uma dessas expressões polissêmicas que denotam vários significados. Entendê-la como campo de saber e de práticas é uma forma de agregar seus múltiplos entendimentos considerando o diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, várias elaborações e frentes de ação são possíveis. Parte significativa delas se constituiu no espaço coletivo dos movimentos sociais, como os de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, que começaram a se organizar durante os anos duros da ditadura militar no Brasil e se intensificaram no período de "abertura política", a partir da articulação de protagonistas ligados às universidades, aos movimentos populares, aos movimentos de trabalhadores da saúde, entre outros.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, principal protagonista do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995), começa a ganhar força nesse período, pois além dos maus-tratos dispensados aos internos do hospício e das péssimas condições de trabalho a que os trabalhadores estavam submetidos, o dispositivo hospital psiquiátrico e o dito "tratamento" psiquiátrico eram utilizados como forma de tortura e de contenção aos presos políticos. A partir da denúncia de tais condições, esse movimento cresce no sentido de construir uma crítica consistente não apenas à instituição psiquiátrica, mas ao que ela representa na sociedade capitalista.

Manicômio, nessa perspectiva, pode ser entendido como emblema das relações de violência, segregação, massificação e discriminação social, que expressa, num sentido amplo, os diversos mecanismos de exclusão e opressão dessa estrutura social, e, num sentido estrito, a própria instituição psiquiátrica. Nesse novo momento, no qual localizamos a emergência de uma outra forma de organização que se expressa pelo Movimento de Luta Antimanicomial¹, três grandes objetivos se apresentam como urgentes: construção de uma rede substitutiva aos manicômios, modificação da legislação psiquiátrica e desconstrução da cultura manicomial.

Com frentes de luta tão amplas, os dilemas não são poucos. O debate político que se impõe quando estamos no campo da Saúde Mental, portanto, ultrapassa o âmbito de questões relativas à reforma do sistema de saúde, inclui indagações sobre a desigualdade social, sobre organização e relação dos movimentos mencionados com o Estado (autonomia X institucionalização) e preocupações relacionadas ao papel normalizador das instituições com sua tendência de reeditar velhas práticas em novas roupagens.

Desse modo, os dilemas não se limitam ao desmonte do hospital psiquiátrico, mas aos vários aspectos emblemáticos que o manicômio carrega. Se, por um lado houve avanços significativos nos últimos anos, no que se refere à reforma psiquiátrica brasileira, por outro, a questão da desconstrução da cultura manicomial tem sido suplantada por aquelas centradas, muitas vezes, nos aspectos fundamentalmente assistenciais.

É considerando tal perspectiva que nos propomos a levantar questões que possam ser relevantes ao campo da Saúde Mental, a partir de problemas e soluções que emergem em experiências voltadas ao desmonte da instituição psiquiátrica como aquelas que buscam garantir outro lugar de moradia que não mais as "instituições totais" (GOFFMAN, 1999). O que podemos depreender na transição que se dá do hospício à cidade, em seu sentido estrito?

As moradias que vêm sendo instaladas fora dos muros do hospício, oficialmente denominadas de Serviços Residenciais Terapêuticos, parecem propícias para identificar e refletir sobre parte dos dilemas que nos são postos diante da tarefa já exposta. Esses novos lugares voltados para moradores dos hospícios contemplam nos seus objetivos uma situação explícita de passagem: sair do hospital psiquiátrico para morar numa casa que possibilite a reinserção no convívio social. Os pontos de partida (o hospício) e o de chegada (uma casa que não é hospício) parecem claros, mas a transição de um espaço para outro, ao contrário, inclui inúmeras possibilidades que se relacionam intrinsecamente a pelo menos dois fatores: ao que se concebe como "inclusão" ou "reinscrição social" (relacionada a teorias explicativas da estrutura social) e ao tipo de função psíquica que tal situação desencadeia (determinação de fatores psicossociais).

A passagem pode ser pensada a partir de diferentes recortes epistemológicos. A saída do hospício para uma casa (não hospício) significa um momento de ruptura de uma continuidade, de uma "adaptação forçada" durante longos anos de segregação, podendo carregar como consequência uma situação de crise que implica a construção de formas de elaboração, de "desadaptação", de "readaptação". Se entendermos que a história do homem se dá entre crises e superações, entre rupturas e suturas, é no espaço do entre – "de vivas rupturas e mortais suturas, de fraturas mortificantes e uniões criativas" –, do transicional que ocorrem as transformações sociais, mentais, psíquicas, que juntas entrelaçam a singularidade do sujeito (KAËS, 1979).

A proposta dessas residências representa, também, uma forma de tradução e/ou materialização de princípios presentes no âmbito do movimento antimanicomial e das políticas de desinstitucionalização, constituindo um novo elo nas redes substitutivas de Saúde Mental. Consideramos que esse programa para 'pacientes' egressos dos hospitais psiquiátricos apresenta-se como um recorte relevante para o estudo da problemática que se refere à exclusão/inclusão social, noções tão disseminadas na atualidade e muito presente como preocupação no campo da Saúde Mental, e que será também alvo de nossa discussão.

É por que escolher, entre os vários dilemas que a nós se apresentam, a "exclusão social" no âmbito das políticas e práticas em Saúde Mental?

Primeiro, porque tanto no âmbito de políticas e práticas sociais quanto no âmbito teórico, quase tudo aquilo que se remete ao campo social na atualidade acaba por tocar na "exclusão social". Problemas que se inscrevem nessa temática têm afligido a sociedade de modo geral: de um lado, os nomeados "excluídos" e, de outro, a parcela da população que se sente ameaçada, seja pela possibilidade iminente de mudar de lado, caindo na pobreza, por exemplo, seja pela possibilidade de ser agredida e fazer parte das estatísticas como mais uma vítima da violência urbana, ou ainda, pelo mal-estar de encontrar-se diante de situações que parecem retirar a humanidade de parte significativa da população submetida a extremo grau de pobreza.

No Brasil, nos últimos anos, proliferaram-se iniciativas voltadas para reinserção social de indivíduos e/ou grupos considerados excluídos de seus direitos de cidadania. A noção de exclusão social que se expressa com certa frequência nos discursos e propostas políticas, como problema a ser solucionado a partir de propostas de "inclusão", tem permeado diferentes âmbitos sociais que vão das instituições governamentais a organizações não governamentais; dos movimentos sociais a centros empresariais; das universidades a instituições prestadoras de serviços; das organizações coletivas a iniciativas individuais.

Utilizamos o termo "noção" por entendermos que os modos de adjetivar o fenômeno "exclusão social", nomear os diferentes segmentos de "excluídos" e implantar dispositivos de ação voltados para a minimização daquilo que se tem como problema expressam-se de formas diversas, ora baseados no senso comum, ora buscando um certo rigor conceitual. Do ponto de vista das práticas

¹ Esse movimento surge no Brasil no ano de 1987, como ampliação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM. O lema "Por uma sociedade sem manicômios" passou a orientar os novos rumos dessa organização na luta pela Saúde Mental.

envolvidas nas ações voltadas para dar conta dessa questão, estas apresentam muitas vezes contradições em relação aos objetivos colocados pelas entidades/instituições que as enunciam.

Nossa experiência, em alguns desses âmbitos mencionados, tem nos mostrado que frequentemente se fazem presentes fórmulas simplificadas de discussão sobre tal fenômeno. Afinal o que se entende por exclusão social? Condição social de carência, dificuldade de acesso, segregação, discriminação, vulnerabilidade, precariedade? Quem são e para onde vão os excluídos? Quem exclui? Quem inclui? O que é ser incluído? Como isso se expressa nas políticas e práticas de Saúde e Saúde Mental? Perguntas que aparentam ser banais, mas que podem revelar que os termos "exclusão" e "inclusão social" são utilizados muito mais como retórica do que como revelação que possibilite ação. Devemos considerar, também, que tais termos têm sido alvo de estudos teóricos de diferentes áreas do conhecimento.

Ao partir da problematização dessa noção que tem ocupado a mídia, os planos de governo, os meios acadêmicos, os movimentos sociais e as organizações sindicais, remetemos tal discussão a dois âmbitos mutuamente determinantes: a definição de políticas e construção das práticas e a discussão teórica que se debruça sobre a constituição (ou não) de um novo conceito, ou uma nova categoria ou um novo paradigma.

Mais recentemente, a origem do termo "exclusão" para designar uma questão social é atribuída a René Lenoir, com a publicação do livro *Les exclus: un français sur dix*, no ano de 1974, ocasião em que o autor era Secretário da Ação Social do governo francês de Jacques Chirac. Além disso, o título do livro foi conferido pelo editor em razão do sucesso dos trabalhos de Foucault, especialmente sobre a história da loucura. Na década de 1970, a pobreza na França parecia ainda ser residual e a noção de exclusão surgia menos relacionada à dimensão econômico-ocupacional e mais à subjetiva (ser pobre é ser tratado como objeto) (ESCOREL; VÉRAS; WANDERLEY; 1999). O fato de o autor de *Les exclus* ser um representante governamental, portanto, gestor de políticas públicas, e a escolha do título do livro estar associada ao sucesso de uma das temáticas abordadas por um estudioso de importância como Foucault pode nos dar alguns indícios sobre o fato de a noção de exclusão passar a fazer parte da pauta política e circular no meio social, inicialmente na França, e posteriormente romper os limites da Europa e estar presente como problemática e assunto polêmico também no Brasil.

O segundo motivo para nos determos na temática da exclusão social como parte dos dilemas do campo de Saúde Mental está relacionado com nossa trajetória de trabalho que aproxima a Saúde Mental do campo da Saúde Coletiva.

Nesses campos de saberes e práticas, a noção de "exclusão social" tem sido utilizada com frequência, e com inúmeras interpretações. Desse modo, nossa escolha no foco mencionado foi mobilizada pela necessidade de decifrar seus significados e consequências no âmbito das políticas e práticas. Além disso, pensar em "exclusão" nos permite analisar e levantar hipóteses acerca das

consequências da utilização pouco discriminada de outras noções, conceitos, projetos e diretrizes políticas.

Em pesquisa realizada anteriormente (SCARCELLI, 1998), voltada ao estudo das formas de inserção do trabalhador em Saúde Mental na construção de modelos substitutivos ao do hospital psiquiátrico, constatamos certo grau de indistinação na formulação de princípios, nas diretrizes políticas e na implantação de práticas em Saúde Mental presente nos âmbitos macroinstitucional e dos pequenos grupos de trabalhadores criadores das novas práticas.

A necessidade de delimitar termos e expressões que buscassem traduzir princípios do movimento antimanicomial foi apontada naquela ocasião. Sugérimos, entre outros, a decifração do que se concebe por "exclusão" (entendida no âmbito do movimento e das práticas como problema), "diferença", "convivência dos diferentes" por comportarem ordens distintas de problemas e vários significados e sentidos a partir de perspectivas diversas².

A noção de exclusão tem estado presente na problemática que se refere à Saúde Mental, à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial no Brasil desde o fim da década de 1970. A produção crítica de obras como as de Foucault, Goffman, correntes da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana embasam princípios e a compreensão de tal questão a partir da loucura. O manicômio como emblema de relações de violência e discriminação pode ser visto como "sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar" (AMARANTE, 1999, p.49).

Amarante (1999), militante e teórico sobre a questão antimanicomial, entende que os princípios da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica radicalizam aqueles da reforma sanitária de solidariedade e cidadania. As políticas de ajuste nos tempos de globalização, de neoliberalismo, ou de neodesenvolvimento, porém, apresentam-se como obstáculos, pois, voltadas para a radicalização do individualismo, trazem consigo desemprego, desassistência, diminuição da solidariedade e aumentam as formas de violência social, de intolerância e de segregação. Podemos depreender dessa ideia, mais uma vez, que a questão antimanicomial e os princípios que a fundamentam estão para além do hospício.

A problematização do atual momento em que se encontra o capitalismo, principalmente naquilo que se refere às transformações ocorridas no mundo do trabalho e, a partir de suas consequências, de questões ético-políticas e de justiça social relacionadas ao campo de Saúde Mental, permite explicitar algumas das preocupações de caráter interdisciplinar (âmbito teórico-conceitual) e

² "Diferença" e "convivência dos diferentes", por exemplo, são termos que podem ser concebidos no âmbito político e ideológico como *oposição antagônica* entre princípios, concepções, teorias embutidas no velho versus novo modelo; no âmbito das relações sociais, como *desigualdade*, assentada nas representações de cunho social, como expressão da ideologia do normal e patológico, na qual se justifica a exclusão; e no âmbito das relações intersubjetivas como o *estranho* (FREUD), a *novidade* e o *desconhecido* que se inclui no interior daquilo que é conhecido (BLEGER) e *heterogeneidade* (PICHON-RIVIÈRE).

intersectorial (âmbitos político-jurídico e técnico-assistencial) que transcendem o campo específico da psiquiatria e áreas afins.

Temos constatado, nesse contexto, que a noção de exclusão social apresenta-se muitas vezes com um sentido genérico, como se condensasse várias questões num único termo. Dessa forma permite ser entendida de acordo com os recursos próprios de cada interlocutor e da problemática em questão.

Apesar de, frequentemente, tal noção estar relacionada a banimento, reclusão, expulsão do portador de transtorno mental do convívio social, o termo tem sido utilizado relacionado a situações que transcendem esse sentido. Um trecho do relatório produzido no I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em 1993, exemplifica essa ideia:

Compomos hoje um coletivo, onde as várias vozes dos diversos segmentos da sociedade ecoam em uníssono: "Por uma Sociedade Sem Manicômios". Usuários, técnicos e familiares, fizemos da luta contra a exclusão uma tarefa comum... O movimento antimanicomial saiu mais fortalecido, mais confiante na nossa capacidade de reinventarmos a vida, e entre outras coisas, contribuímos com a reforma psiquiátrica brasileira (Relatório do I Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial, Salvador, 1993).

Se a instalação de uma reforma psiquiátrica brasileira está para além do fechamento dos hospícios e é uma dentre tantas coisas necessárias para "reinventar a vida", pressupõe-se que deva estar em curso um processo de mudança que pode passar tanto por propostas de inclusão do sujeito nos serviços assistenciais e, desse modo, por investimento e adoção de medidas de proteção social, quanto pela transformação social radical que implica a superação da sociedade capitalista e dos processos excludentes de seu sistema de produção. Assim, ao se propor "fazer da luta contra a exclusão uma tarefa comum" abrem-se possibilidades para as mais diversas interpretações sobre o que se entende por essa tarefa e sobre como fazê-la.

Essa amplitude na utilização do termo não é exclusividade do campo da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial. Diferentes instâncias sociais preocupadas com tais problemáticas ou parte delas, cada qual com suas justificativas, têm desenvolvido discursos, proposições e dispositivos relacionados a diferentes segmentos sociais considerados excluídos. Exclusão e/ou inclusão social são termos que passam a ser contemplados nos discursos e projetos de políticos, de militantes de movimentos sociais e sindicais, de artistas, de representantes da mídia, de religiosos, de empresários, cuja vocação pode estar atrelada a princípios vinculados a ideais políticos que oscilam num leque de possibilidades que vai da "esquerda" à "direita". Assim, no âmbito das políticas e práticas, tais noções têm ocupado diferentes espaços, mas o sentido e os critérios relacionados ao ser excluído e incluído merecem um debate rigoroso, pois os discursos e as práticas produzidos em diferentes áreas sociais podem transformar-se num jogo de palavras gerador de novas rotulações e que nada

contribuem para uma discussão consistente sobre a realidade que se quer compreender e sobre a qual se pretende intervir.

Essa noção que está presente em diferentes âmbitos de nossa sociedade e, como ideia que circula no meio social entre as pessoas de diversos segmentos, parece sintetizar parte dos problemas existentes no mundo atual. Ao circular com diferentes significados, porém, que pretendem nos dizer quase tudo, provavelmente está nos dizendo quase nada. É necessário um recorte para estudar tais questões.

Um problema fundamental que tem permeado discussões sobre as políticas e práticas, no campo da Saúde Mental refere-se ao lugar que ocupa o hospital psiquiátrico, emblemático das relações nomeadas como de exclusão social. O banimento do convívio social na família, nos pequenos grupos, no campo ou nas cidades a partir do asilamento na instituição psiquiátrica é marca principal de um problema a ser superado nesses âmbitos e para o debate que se coloca para o campo da Saúde Mental. O retorno dos internos a essas formas de convívio social – a permanência no hospício não deixa de ser um tipo de convívio social – ou, em outros termos, a saída do hospício à cidade nos permite aprofundar questões relacionadas à dialética exclusão/inclusão social. Falamos em dialética, pois não queremos cair na ideia simplista de que hospício é exclusão e a volta à cidade é inclusão, do mesmo modo que não nos seduzimos por fórmulas simplificadoras de programas chamados inclusivos, os quais, na verdade, mantêm a mesma estrutura do problema que se supõe superar. "Inclusão social" não deve ser vista como sinônimo de tratamento aos "excluídos/marginalizados".

Desse modo, algumas indagações nos mobilizam sobre as questões que emergem para o campo de Saúde Mental, ao considerarmos o debate precedente como "pano de fundo", *gestalt/gestaltung*, de problemas referentes à volta ao convívio social (fora dos muros do hospício):

- Quais os problemas sociais e conceituais embutidos na noção de exclusão social? O que podemos apreender dessa noção no campo da Saúde, particularmente da Saúde Mental?
- Do ponto de vista de políticas e práticas, como o sujeito adjetivado como "excluído" se percebe nessa relação? As propostas políticas conseguem capturar as necessidades desse sujeito? O que significa sair do hospício depois de muitos anos de internação? Qual a passagem necessária e/ou possível para essa nova situação?

Foi considerando esses problemas e as indagações até aqui registradas que os capítulos componentes deste livro foram elaborados.

No capítulo 2 tivemos o propósito de fazer uma discussão acerca da temática que envolve a noção de "exclusão social" e buscar alguns sentidos quando se considera a questão antimanicomial, como já anunciado.

No capítulo 3, ao refletirmos sobre o retorno ao convívio social na sociedade mais ampla – a passagem que se dá na saída do hospício para a cidade

- buscamos recuperar questões concernentes ao "morar" dentro e fora do hospício, ou seja, aos lugares e aos sentidos do morar.

Essa reflexão exige que lancemos mão do importante estudo de Erving Goffman sobre as instituições totais, realizado na década de 1960 e intitulado, na publicação brasileira, *Manicômios, Prisões e Conventos*. Nesse estudo, o autor faz um levantamento crítico da vida em instituições fechadas e mostra como esse tipo de segregação atua sobre o indivíduo. As instituições totais são híbridos sociais, parcialmente comunidades residenciais e parcialmente organizações formais, "são estufas para mudar pessoas". São locais de residência e trabalho, nos quais grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período, leva vida fechada e formalmente administrada. O aspecto central dessas instituições é romper as barreiras que separam três esferas da vida: dormir, brincar e trabalhar. Tudo é realizado no mesmo local e sob uma autoridade; cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo grande de outras pessoas; todas as atividades diárias são estabelecidas em horários rígidos e aquelas atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente para atender aos objetivos oficiais da instituição.

Segundo Goffman (1999), o interno chega à instituição com uma "cultura aparente", ele era parte de esquema mais amplo, encaixado no ambiente civil:

O novato chega com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por disposições sociais estáveis, no seu mundo doméstico. É imediatamente despedido do apoio dado para tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. (GOFFMAN, 1999, p.24)

Como aparentemente as instituições totais não substituem algo formado pela cultura específica, o autor entende que estamos diante de um desculturação, de um destreinamento (dessocialização seria um termo muito forte por supor a perda das capacidades fundamentais para comunicação e cooperação), pois se torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária.

Para o internado, o sentido completo de estar 'dentro' não existe independentemente do sentido específico que para ele tem 'sair' ou 'ir para fora'. Nesse sentido, as instituições totais realmente não procuram uma vitória cultural. Criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional, e usam essa tensão persistente como uma força estratégica no controle dos homens. (GOFFMAN, 1999, p.23-24)

A internação nesse tipo de instituição requer do internado um processo de "desaprendizado" das condições mínimas (cuidados pessoais, por exemplo) para atividades da vida diária que, progressivamente, podem se transformar em atos complexos: podemos supor que entra em curso um processo de "desa-

daptação" seguido de uma outra adaptação que permita a sobrevivência, mesmo que esta seja degradante e indigna.

O momento de sair do hospício, em geral (e aparentemente) o momento mais esperado, pode se tornar momento de muita angústia:

Embora os internados possam ter planos para a saída e tenham um cálculo até de horas para a data de sua liberação, os que se aproximam desta tendem frequentemente a sentir-se angustiados e, como foi sugerido, alguns criam um problema ou se alistam novamente no exército, a fim de evitar o problema. A angústia do internado quanto à liberação parece apresentar-se, muitas vezes, sob a forma de uma pergunta que apresenta a si mesmo e aos outros: 'Será que posso me sair bem lá fora? Esta pergunta abrange toda a sociedade civil como algo a respeito da qual tem concepções e preocupações. O que, para os de fora, é um fundo não percebido para figuras percebidas, para o internado é uma figura num fundo maior. Talvez essa perspectiva seja desmoralizante, e seja uma das razões para que os ex-internados frequentemente pensem na possibilidade de 'voltar', bem como uma razão para que um número apreciável faça exatamente isso. (GOFFMAN, 1999, p. 66-67)

Ao nos depararmos com tais questões, constatamos que muito há para se refletir sobre esse momento de passagem que, teórica e idealmente, permitiria ao sujeito recuperar sua dignidade, exercitar seus direitos e deveres civis, sociais e políticos, enfim, um lugar na rede social mais ampla.

As políticas e práticas que se desenvolvem nessa direção, no campo da Saúde Mental, já foram traduzidas por práticas de desinstitucionalização dos moradores de longa data de hospitais psiquiátricos, abrigando-os em casas e repúblicas instaladas nos municípios brasileiros que já foram nomeadas como lares abrigados, pensões protegidas, residências terapêuticas, residências extrahospitais. Atualmente tal iniciativa é denominada de Serviços Residenciais Terapêuticos, conforme a política oficial do Ministério da Saúde. Objetiva-se, entre outras coisas, beneficiar pacientes psiquiátricos internados há mais de seis meses e cuja permanência no hospital não mais se justifica. Geralmente esses internos não têm referências familiares e nem lugar para onde ir após a internação.

No capítulo 4 discorreremos sobre experiências pioneiras que deram origem a essa proposta governamental. Durante o ano de 2001, fizemos um trabalho de reconhecimento de tais experiências como parte da pesquisa de doutorado da autora. Naquele momento tínhamos conhecimento da existência dessas casas em municípios do estado de São Paulo, incluindo a capital, e do Rio Grande do Sul. Sabíamos que a forma de gestão e a proposta de funcionamento eram específicas de cada município. Havia casos em que os próprios "pacientes" compraram suas casas com pensões que receberam do Estado, outros em que as residências eram alugadas e assistidas por hospitais filantrópicos ou públicos, ou ainda casas montadas dentro dos muros do hospital psiquiátrico. Foi considerando essa diversidade, que nos propusemos a estudar residências situadas em municípios diversos.

A partir da publicação da Portaria nº 106 no Diário Oficial da União, em 14/2/2000 – que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde – e da Portaria nº 1.220 – que criou as Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS – começamos a ter informações sobre novos projetos que estavam em processo de implantação.

Mas nos detivemos em duas experiências realizadas nas cidades de Ribeirão Preto e Campinas que antecederam a publicação da Portaria. Nessas, foi priorizado a implantação de residências instaladas fora dos muros do hospital psiquiátrico, embora a origem tenha se dado nessas instituições que serão nomeadas aqui de hospitais *Paraiso* e *Casa Rosa*³. No primeiro, o trabalho foi desenvolvido sem equipe específica de Saúde Mental e foi fundamentalmente, na prática e experiência acumulada pelos profissionais; o segundo, além de se preocupar com a constituição de equipe, privilegiou também o aspecto teórico.

Essas experiências foram relatadas a partir das entrevistas gravadas com coordenadores e profissionais dos projetos, com moradores e cuidadores das casas visitadas; das observações feitas em espaços públicos e nas visitas às moradias; da consulta a documentos produzidos. A sistematização apoiou-se em referenciais teóricos da Psicologia Social postulada por Enrique Pichon-Rivière e nas contribuições de autores como José Bleger, Christophe Dejours, Pierre Bourdieu, entre outros.

No capítulo 5, para finalizar, sistematizamos um conjunto de questões ao buscarmos sublinhar a relevância do ato de indagar acerca das práticas, das políticas e suas diretrizes e do valor heurístico de noções e conceitos que se apresentam quando almejamos soluções para os problemas sociais que nos afligem.

Enfim, parte significativa dos dilemas que enfrentamos e que aqui discutimos, a partir do trânsito entre o hospício e a cidade, transcende o próprio campo da Saúde Mental e diz respeito àqueles que vivemos na sociedade contemporânea.

³ A atribuição de nomes feita aos dois hospitais se deu na ocasião da feitura da tese de doutorado e tinha objetivo de garantir anonimato dos entrevistados e da instituição. Após a impressão do trabalho, foi feita a apresentação dos resultados para os profissionais que participaram da pesquisa e que se manifestaram a favor de que os nomes dos hospitais (Hospital Santa Tereza e Hospital Candido Ferreira) e das respectivas cidades fossem divulgados, pois parte de tais experiências serviram de base para a formulação da Portaria 106 e parte da história relatada já era de domínio público.