UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JULIA MALVEZZI

**Memória da saúde mental no M'Boi Mirim:
contribuições para a proteção do direito à saúde**

São Paulo
2017

JULIA MALVEZZI

**Memória da saúde mental no M'Boi Mirim:
contribuições para a proteção do direito à saúde**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
para obtenção de título de mestre em Psicologia
Social.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Fábio de Oliveira

São Paulo

2017

Nome: Malvezzi, J.

Título: Memória da saúde mental no M'Boi Mirim: contribuições para a proteção do direito à saúde

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia para obtenção de título de mestre em Psicologia Social.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
julgamento _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
julgamento _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
julgamento _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
julgamento _____

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Malvezzi, Julia.

Memória da saúde mental no M'Boi Mirim: contribuições para a proteção do direito à saúde / Julia Malvezzi; orientador Fábio de Oliveira. -- São Paulo, 2017.

114 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia Social 2. Saúde Mental, 3. M'Boi Mirim, 4. Memória Social, 5. Direito à Saúde. I. Título.

HM251

Aos meus pais e meus avós

Agradecimentos

Agradecer um processo de mestrado é tão importante quanto construí-lo pois, seria impossível sem o apoio de pessoas essenciais a começar pelo professor Dr. Fábio que me recebeu na USP com uma dedicação paciente e atenciosa.

Ao CNPQ pela bolsa concedida.

Às professoras Dra. Mary Jane Spink e Dra. Maria Luisa Sandoval Shmidt que fizeram parte da minha banca de qualificação e me ajudaram a delimitar este estudo.

Aos colegas e amigos que fiz ao longo do curso Michele, Juliano, Janine pelo apoio e por dividirem as mesmas ansiedades. Ao Carlos com quem aprendi muito. Aos amigos de campo Roberth e Professor Galeão e à Ana Paula, atenciosa e cuidadosa em sua ajuda.

Ao Fórum de Defesa da Vida e à Sociedade Santos Mártires pelo acolhimento e possibilidade de aprendizado.

Sou grata também aos amigos e colegas de trabalho Patrícia, Tiago, Maitá, Andrea e Nilda me conheceram de muito perto, pois me viam trabalhando. Aos também amigos Ale, Pixu e o pequeno Joaquim. Aos queridos Gabriel, Tiago, Renata e Fábria pela leveza de nossa relação. À Dulce que desde começo me estimulou a fazer este mestrado. À Isabel por sempre valorizar o meu trabalho e apoiar mais esta etapa.

Às professoras Meire e Tati por cuidarem de minha morada.

Aos amigos da vida Ana, Bel, Hebert e Luli pela presença constante.

Ao Ri pela paciência e carinho.

E por fim, à inestimável ajuda de minha família.

Não é na história aprendida, é na história vivida que se apóia nossa memória
Halbwachs

RESUMO

MALVEZZI, Julia. **Memória da saúde mental no M'Boi Mirim: contribuições para a proteção do direito à saúde**. 2017. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

A presente dissertação tem por objetivo analisar pela memória social a saúde mental no distrito do M'Boi Mirim, localizado no Município de São Paulo. Esse distrito é conhecido por estigmas de vulnerabilidade econômica e social. O objetivo dessa análise foi explorar a memória social como instrumento para a compreensão da saúde e da saúde mental. O caminho desenhado para realização desse fim começou com a revisão e análise dos conceitos de saúde e de saúde mental. Essa revisão e análise foram seguidas pela construção de um quadro conceitual sobre memória social como fonte de informações. A metodologia para a realização desse propósito combinou as informações da revisão bibliográfica com a observação da rede complementar de saúde da região e com os dados produzidos em entrevista com um trabalhador. Essa entrevista seguiu a técnica do roteiro semi estruturado elaborado com o referencial teórico da memória social. Os resultados demonstraram que a memória social das mudanças nas práticas em saúde mental no M'boi Mirim revelou categorias subjetivas que influenciaram e construíram a base atual das ações em saúde mental. Demonstraram igualmente que essas práticas são limitadas pelas vulnerabilidades do território que criam riscos ao direito de saúde, mas não impedem sua construção que é de caráter contínuo. Essas conclusões ensinaram que a memória social é um instrumento de transformação que favorece o sentido e o valor da saúde mental comunitária, como fatores cruciais do direito à saúde. Os resultados revelam igualmente fatores subjetivos impactando na memória social e na sustentação de suas práticas. Essas práticas embora limitadas pelas vulnerabilidades e necessidades que fragilizam a proteção à saúde, não impediram o desenvolvimento da saúde mental no distrito do M'Boi Mirim. A memória social é instrumento de transformação que reforça o valor da comunidade na atenção à saúde mental. Nesta dissertação aprendemos que a melhoria da saúde mental depende da melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras - chaves: Psicologia social, Saúde mental, M'Boi Mirim, Memória social, Direito à saúde.

ABSTRACT

MALVEZZI, Julia. Mental Health Memory of the M'Boi Mirim: contributions to the protection of the legal right to health. 2017. 114 f. Dissertation (Master in Social Psychology) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

This dissertation aimed at the scrutiny of the mental health social memory in the district of M'Boi Mirim, in the city of São Paulo. That district is acknowledged by well-known social stigmas related to economic and social vulnerabilities, inequalities and needs, as well as to deficient infrastructure and violence. The main target of that scrutiny was to explore social memory as a way for the understanding of both health and mental health with which social memory could be matched. The path designed for the achievement of those goals began with a review of the concepts of health and mental health which was followed by the analysis of the challenges their practices brought about. Those review and analysis were followed by the construction of a frame of reference on social memory as a powerful source of empirical and analytical data for the understanding of the links between agents' roles and performances and the outcomes. The methodology designed for the accomplishment of those purposes and tasks combined data from the bibliographical review, from the observation of the communitarian health networks enterprising in the region and from data produced by one interview with a key local mental health agent. That interview was carried out through a semi structured schedule aimed at exploring the M'boi Mirim social memory. The results revealed that subjective aspects have impacted the social memory as have sustained the mental health practices. These practices are limited by the vulnerabilities and needs that undermine health rights and protection, but notwithstanding those limitations health protection in M'boi Mirim is in progress. Social memory is an instrument of transformation because reinforces the value of community mental health care. Our main conclusion was that the improvement of mental health in the territory is linked to the upgrading of the quality of life of that population.

Key-words: Social psychology, Mental health, M'Boi Mirim, Social memory, The right to health

RESUMEN

MALVEZZI, Julia. **Memoria de la salud mental en el M'Boi Mirim: contribuciones a la protección del derecho a la salud.** 2017. 114 f. Disertación (Máster en Psicología Social) - Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2017.

La presente disertación tiene por objetivo examinar la memoria social de la salud mental en el distrito del M'Boi Mirim, en el Municipio de São Paulo. Ese distrito es conocido por sus estigmas relacionados a la vulnerabilidad económica y social, a desigualdades, necesidades, a la infraestructura deficitaria y la violencia. El principal reto de ese examen fue explorar la memoria social como camino para la comprensión de la salud y de la salud mental con el cual esa memoria podría ser confrontada. El camino diseñado para la realización de esos retos empezó con la revisión de los conceptos de salud y de salud mental y fue seguido por el análisis de los desafíos producidos por las prácticas de la atención a la salud mental. Esa revisión y análisis fueron seguidas por la construcción de un marco conceptual sobre la memoria social como poderosa fuente de información para la comprensión de la relación entre las acciones, roles y resultados de los trabajadores de la salud. La metodología diseñada para la realización de esos retos y tareas combinó datos de la revisión bibliográfica, la observación de redes de salud comunitaria que actúan en la región y los datos producidos a través de una entrevista con un agente de salud mental del distrito. Esa entrevista fue realizada a través de un guion semiestructurado elaborado para investigar la memoria social de la atención a la salud mental en el distrito de M'Boi Mirim. Los resultados revelaron que aspectos subjetivos impactaran en la memoria social y sostuvieron las acciones de la salud mental. Estas prácticas son limitadas por las vulnerabilidades y necesidades que comprometen los servicios de salud, pero no impiden ese derecho de progresar. La memoria social es un instrumento de transformación porque refuerza los valores implícitos en el cuidado comunitario de la salud mental factores cruciales del derecho a la salud. Nuestra principal conclusión fue el reconocimiento de que el desarrollo de los servicios de la salud mental está relacionado a la mejora de la calidad de vida de su población.

Palabras-llaves: Psicología social, Salud mental, M'Boi Mirim, Memoria social, Derecho a la salud.

Lista de Abreviaturas

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CF	Constituição Federal
CEJAM	Centro Estudos João Amorim
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRT/DST	Centro de Referência e Treinamento/Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional da previdência Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QUALIS	Qualidade Integral à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO – I	14
1. Introdução	14
2. Objetivos	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivo específico	16
2.3 Itinerários Dissertação	16
 CAPÍTULO II - Saúde e saúde mental – conceitos e dimensões	17
1. Saúde	17
1.2 A gênese do SUS	22
2. Saúde mental definições e percursos	27
2.1 Loucura e razão como dimensão da saúde mental	28
2.2 Atributos da saúde de indivíduos e coletividades como dimensão da saúde mental	32
2.3 intervenções, práticas e políticas públicas como dimensão da saúde mental.....	36
 CAPÍTULO III - Memória social	44
1. O conceito de memória social	44
 CAPÍTULO IV - Metodologia	51
 CAPÍTULO V - Resultados.....	58
1. Saúde mental no M'Boi Mirim: contexto das ações e objeto da memória social	58
2. M'Boi Mirim – território de observação	58
3. A rede de saúde e saúde mental ontem e hoje	65
3.1 A construção da rede de saúde mental no M'Boi Mirim	65
3.2 A rede atual de saúde e de atenção psicossocial	73
4. Fóruns e Conselhos de Saúde do M'Boi Mirim	76
5. Memória Social do Trabalhador	81

CAPÍTULO VI - Discussão dos Resultados	95
CAPÍTULO VII - Considerações Finais	104
BIBLIOGRAFIA	108

CAPÍTULO I

1. Introdução

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (Machado de Assis, 2016, p. 34). Essa metáfora de Simão Bacamarte, personagem de Machado de Assis, expressa com precisão o campo de trabalho da saúde mental - um continente de questões, buscas, conceitos e definições, rodeado por um oceano de variáveis sobre a vida humana. Esta dissertação é um estudo sobre o cuidado com a saúde mental desse continente mencionado por Simão Bacamarte e das variáveis que o cercam. A inspiração que motivou esta pesquisa vem de duas fontes. A primeira foi o intenso convívio com pessoas em sofrimento psíquico, nos espaços de seus tratamentos e de suas vidas. A segunda fonte foi a observação do funcionamento e dos trabalhadores da rede pública de saúde. Além dessas fontes, a elaboração desta dissertação foi igualmente movida pelo contato com os princípios e ideais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua unicidade, como projeto para uma nação desenvolvida e justa e seu fundamento do direito à saúde. Dito isto, o objetivo deste trabalho foi a narrativa da memória social da saúde mental e as mudanças nas ações políticas de um determinado território.

Esse objetivo surgiu da observação e vivência da implementação de políticas que optam pelos espaços públicos não estatais na gestão da saúde, em detrimento da gestão pública integral. Na diversidade dos discursos, colhida *in lóco* e em produções acadêmicas sobre a efetiva positividade dessa opção, versus a crítica à perda de valores e da essência da saúde universal e pública, questionamentos vieram à tona. Na observação da prática e da teoria, a vontade de comparar essas duas visões parecia tentadora mas, percebemos que esse ato conservaria o maniqueísmo vivido nos diversos discursos. Além de manter a cisão, essa questão não acolheria a principal observação do campo: a saúde mental pública vive condições deficientes no que tange os recursos humanos, a gestão, os insumos, a estrutura física, os equipamentos e a participação popular. Deficiências essas relacionadas ao formato de política de implementação, à distribuição dos recursos financeiros, às estruturas burocráticas e à fragmentação das ações, colocando em

risco o direito à saúde.

Como, então, acolher a inquietação pessoal e também a inquietação da sociedade sobre o atual cenário de gestões públicas não estatais? Como denunciar e dar ênfase às deficiências mencionadas e identificar alguma contribuição para seu aperfeiçoamento? Movida por essas questões, esta pesquisa tomou o seguinte rumo: observar e analisar as recordações dos acontecimentos nos microcontextos das mudanças nas ações das políticas de saúde mental. Para tanto, delineamos o objeto de estudo para completar o mestrado em Psicologia Social. Assim, esta dissertação é produto da junção de dois processos: o exercício da função de psicóloga e a reflexão estimulada pelas atividades do Programa de Mestrado. A experiência vivenciada como psicóloga esclareceu os processos e desafios implicados na implementação de políticas públicas de saúde mental, e alimentou questionamentos que foram trabalhados dentro dos textos, teorias e aulas oferecidas ao longo do curso do mestrado.

Dessa interação entre teoria e prática surgiu uma questão que orientou a produção desta dissertação: Como o contexto das mudanças nas ações políticas em saúde mental marcaram a trajetória da saúde mental do referido território?

Essa questão direcionou o percurso desta pesquisa, que se desdobrou na busca da memória social das ações em saúde no M'Boi Mirim, bairro da cidade de São Paulo. Sua realização foi alicerçada na busca de lembranças e informações que pudessem buscar no passado elementos para a compreensão das ações em saúde mental na política pública da atualidade. Conhecer a memória social da saúde mental de um território pode aprimorar e contribuir com seu pleno desenvolvimento, pois o trabalho da memória pode ser útil em um momento no qual há riscos e vulnerabilidades sociais.

Delimitada por esta questão e fomentada pelo mútuo enriquecimento da prática e da reflexão sistemática, a presente dissertação tem por objetivo trazer à luz, fundamentalmente, as mudanças nas ações em saúde mental, identificadas pelas diversas fontes acessadas para representar a realidade estudada.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa foi expor a memória social dos contextos da trajetória das mudanças nas ações das políticas de saúde mental do M'Boi Mirim.

2.2 Objetivos específicos

1 – Revelar as mudanças que ocorreram nas ações políticas com a implementação da gestão pública não estatal nesse território.

2 - Identificar elementos para a melhorias das ações em saúde mental na região do M'Boi Mirim que atendam as diretrizes do SUS e promovam a proteção do direito à saúde.

2.3 Itinerário da dissertação

Para atingir esses fins, essa dissertação tem seus capítulos organizados com o itinerário aqui resumido. O capítulo I apresenta a proposta da pesquisa e seus objetivos. O capítulo II contém a explanação de dois campos de intersecção deste trabalho: saúde e saúde mental. A saúde como conceito e princípio e a saúde mental como objeto principal de investigação, sua definição e seus percursos.

O capítulo III é dedicado à memória social em seu referencial teórico, a partir de Halbwachs, Bosi e Gondar, com a finalidade de compreender os fenômenos complexos que expressam os fatos sociais. Segue-se o capítulo IV deste trabalho em que será apresentada a metodologia da pesquisa. Na sequência, o capítulo V no qual se destacam os resultados deste estudo. no capítulo VI apresentamos a discussão dos resultados e finalmente no capítulo VII as considerações finais.

CAPÍTULO II - Saúde e saúde mental

O presente capítulo explora as definições sobre o conceito de saúde e de saúde mental visando a construção do referencial que apoia a reflexão teórica sobre a memória social a ser desenvolvida. Essas definições dialogam entre si em seus aspectos epistemológicos e sócio-históricos mostrando que a saúde é um conceito base, que se desdobra em ampla diversidade de ramificações, entre elas a área da saúde mental.

O tema aqui explorado é complexo e seus elementos extrapolam os limites de um trabalho de mestrado. Por esse motivo, diversas questões permanecerão abertas, porém tratadas no âmbito possível deste trabalho. Essa complexidade tem origem na polêmica implícita no conceito de saúde e, particularmente, desdobra-se ainda mais no conceito de saúde mental.

A produção de um conceito se dá na medida em que algum campo se mostra problemático ou ainda exige novas categorias de pensamento. Construir um conceito “é uma tentativa de responder a um feixe de problemas que se construiu, de maneira contingente, em um determinado momento” (Gondar, 2016, p. 21). Este entendimento é um apoio para a tentativa da compreensão dos conceitos de saúde e saúde mental.

1. Saúde

A saúde pode ser definida de diversas maneiras. Entre essas, podemos identificar em sua conceituação aportes filosóficos, epistemológicos, científicos e políticos.

O que é saúde é, portanto, uma questão em discussão, desprovida de consenso, é multidisciplinar, transpõe os campos da filosofia, atravessa diversas ciências, diferentes culturas, diferentes políticas e tecnologias (Almeida, 2011). É um objeto de estudos ainda em evolução, cujos desafios aparecem tanto em sua compreensão como em sua construção. A compreensão e a leitura histórica e epistemológica da saúde e de sua promoção apresentam dificuldades já largamente analisadas segundo a diversidade de variáveis como, época, lugar, classes sociais e valores individuais (Scliar, 2007). Podemos, nesse sentido, refletir que “a história das ciências é, basicamente, a história das idéias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento” (Arouca, 1975, p. 8)

O estudo desses processos históricos revela as condições criadas numa época, e em particular, padrões de valores, crenças e símbolos fortemente enraizados na cultura (Scliar, 2007). Sendo um objeto complexo, sua investigação requer o exame da diversidade de abordagens e métodos, incluindo aqueles oferecidos pela Psicologia Social.

O que é saúde afinal? Para responder a tal questão podemos tomar como pressuposto, apenas para início de apreciação analítica, que a saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (Almeida, 2011, p. 15).

Nessa complexidade, uma dimensão importante, mas não única e que não esgota o objeto é a compreensão de que a saúde requer e integra informações advindas tanto da reflexão no campo teórico, como da análise das vivências subjetivas e objetivas.

Na Filosofia, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), que desenvolveu na Grécia antiga, sistematizou uma das primeiras explicações filosóficas/científicas à respeito da díade saúde-doença, ilustrando, assim, um ponto de vista sobre saúde: a saúde seria o equilíbrio de energias no corpo (Campos, 2012). Hipócrates postulou a *teoria dos humores* e nessa formulação o corpo humano seria composto de quatro diferentes fluídos. O estado enfermo seria o desequilíbrio desses fluídos e “desta

forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele (Hipócrates) via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado” (Scliar, 2007, p. 32).

Ainda dentro da perspectiva temporal, a epistemologia e a fenomenologia do conceito de saúde foram extensamente conceituadas por Canguilhem (2009). Sua obra prima, *O Normal e o Patológico*, de 1943, conceitua que as díades saúde-doença e normal-patológico são originadas da “maneira com que a razão moderna determina a articulação entre vida e conceito, entre ordem e desordem entre norma e erro” (Safatle, 2011, p. 14). Ou seja, é responsabilidade do ser presente determinar quem é o Outro, o doente, o patológico.

À vista disto, Canguilhem (2009) postula um conceito de saúde inovador: estar doente não é não ter saúde, mas viver em uma norma diferente da saúde. O normal, para esse autor, agrupa a saúde e a doença no mesmo conjunto. Mais do que adaptar-se, a saúde é transgressão de normas e mudança das funções vitais (Canguilhem, 2009). Sendo assim, sempre o indivíduo é quem devemos tomar como ponto de referência, é este sujeito que pode considerar para si mesmo o que é normal e patológico de tal modo que:

Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (Canguilhem, 2009 p. 77).

A importância desse fundamento da saúde aparece nos dias atuais quando se busca um conceito abrangente e operacional. Desde Dejours (1986), apoiado na teoria de Canguilhem, busca-se desenvolver o conceito de saúde criticando a definição internacional da Organização Mundial de Saúde, de 1946, como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 2016). Dejours propõe um conceito com três elementos: a saúde fisiológica, a psicossomática e a psicopatologia. Esta último ele desenvolveu na área do trabalho.

Partindo dos estudos de Dejours, o primeiro elemento, na fisiologia “o estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem estar e ociosidade. É algo que muda constantemente” (Dejours, 1986) ou seja, a não apresentação de sintomas físicos não confirma necessariamente um estado de saúde e o contrário também.

Com relação ao segundo elemento, o psicossomático, Dejours destaca a importância das relações que existem entre “o que se passa na cabeça das pessoas e o funcionamento de seus corpos” (1986) considerando que, entre estes dois elementos mente e corpo não há um “estado de bem estar e conforto, mas há mais uma vez fins, objetivos, desejos e esperanças” e afirma que “a saúde mental não é certamente o bem estar psíquico, a saúde é quando ter esperança é permitido” (Dejours, 1986). A esperança é, portanto, a manutenção do desejo na relação como mundo e “quando não há mais desejo o corpo pode adoecer facilmente” (Dejours, 1986).

Como terceiro elemento, destacado por Dejours (1986), temos as considerações relativas à psicopatologia do trabalho. “O trabalho é um elemento fundamental na produção de saúde”. Ao discutir a organização do trabalho, o autor destaca sua importância em relação à saúde mental e afirma que “quando se ataca o desejo do trabalhador provocam-se não somente perturbações, mas também sofrimentos e, eventualmente, doenças mentais e físicas” (Dejours, 1986) como destacado no segundo elemento, o psicossomático, que compõe a saúde.

Conforme discutido anteriormente, o conceito de saúde e sua elaboração multidisciplinar têm extensa ligação com a própria complexidade da vida humana, com seu cotidiano diverso e singular. Essa diversidade e singularidade são demonstradas conquanto saúde entrelaça-se com distribuição de renda, oferta e acesso a emprego, moradia, ambiente físico, educação, lazer, segurança pública, previdência social e responsabilidade da atuação do Estado, entre muitos outros fatores. A saúde é uma função da interligação de todos esses fatores (Paim, 2009) sendo que alguns são condições cruciais.

Por que fatores mencionados acima, como moradia, são cruciais? Para respondermos esta questão podemos considerar que a condicionalidade da moradia

foi definida pela OMS em 1987 na Conferência de Genebra “Moradia: implicações para a saúde” (WHO, 1987). Nesse documento, fica claro que a qualidade do espaço físico é um determinante na saúde por suas implicações na higiene, na privacidade e na qualidade de recursos como sono e alimentação. É quase um consenso que o ambiente tem causalidade significativa na saúde, e a habitação se constitui em um espaço de construção e consolidação de seu desenvolvimento (Cohen, 2007). A OMS também considera a relação entre a habitação e os aspectos de integração dessa unidade na trama urbana, além do grau de acesso a serviços de infraestrutura e equipamento social (Pasternak, 2016).

Por sua vez, a análise da educação amplia o esclarecimento da extensão de fatores implicados em uma compreensão ampliada da saúde. A educação é condição da emancipação e da consciência dos sujeitos e, portanto, de sua liberdade de ser. A partir das ideias de Paulo Freire (1987), a educação foi reconhecida como garantia dessa liberdade, do diálogo e da conscientização, três requisitos da emancipação dos sujeitos e devem ser práticas prioritárias. Como fator crucial da saúde em sentido amplo, a educação deverá ser problematizadora exigindo “um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo, com que e, em que se acham” (Freire, 1987, p. 46). Desse modo, essas prioridades na perspectiva da saúde, justificam-se pelo fato de estarem ligadas a um processo crítico, no qual aprender é construir conhecimentos, não somente adquirir informações e habilidades ou reproduzir comportamentos, mas tornar o sujeito crítico e consciente da realidade em que vive.

Além do ambiente físico e do acesso à educação, os outros fatores cotidianos condicionantes da saúde citados acima, como a segurança pública, o lazer e o trabalho, merecem igualmente a devida atenção em políticas de promoção de saúde.

Assim, saúde na dimensão política é um fenômeno complexo posto que os cuidados com saúde passaram por processos históricos nos quais na “estatização do bem estar, em um certo período do tempo, determinadas opções foram feitas e decisões tomadas as quais acabaram por produzir políticas, instituições, legislações, burocracia, etc” (Hochman, 2012, p. 21).

De fato, como opção, o que se poderia denominar contemporaneamente como “saúde pública”, no Brasil, foi construída paulatinamente, testando diversos modelos e bases teóricas. Da época do Brasil Colônia até a promulgação da Constituição de 1988 (responsável pela implantação do SUS), muitos modelos e práticas de saúde foram implantados, vividos e transformados. Somado aos diferentes modelos e bases teóricas “a inconsistência de nosso sistema político, em que as alternâncias no poder, os interesses defendidos por ele e a falta de continuidade das ações, ora nos jogando para frente rumo a um avanço real, ora nos fazendo retroceder, ocasionam perdas não restituíveis, ou seja, vidas humanas” (Galvão, 2009, p. 7).

Nesse contexto, saúde e desenvolvimento nem sempre caminharam juntos como co-dependentes na história do Brasil, estes conceitos e as ações práticas que lhes dizem respeito passaram a fazer parte das agendas das políticas públicas, como um conjunto inseparável para a construção de um país justo e democrático a partir da instituição do SUS. Esse Sistema consagrou a saúde como um direito universal e tem no seu passado um processo de amadurecimento gradual das ideias que culminaram na sua realização e também a abertura de um contexto político favorável, como se pode observar no proposto do SUS.

1.2 A gênese do SUS

A gênese do SUS inicia-se na época da chamada República Oligárquica (1889 -1930), primeiro período de aproximação do Brasil com um modelo de Estado mais democrático, deixando no passado um país regido por uma monarquia. Nesse período, as políticas de saúde tiveram a importância de circunscrever a autoridade do Estado sobre o território (Andrade, 2007), ou seja, as ações em saúde foram importantes para uma política de afirmação de uma jovem república. A Constituição de 1891 responsabilizava o Estado com as ações de saúde, saneamento e educação. Nesse contexto havia uma compreensão de que as doenças eram um

atraso no desenvolvimento nacional, “o movimento sanitarista deste período transformou a saúde em questão social e política – o grande obstáculo à civilização” (Lima, 2005, p. 35). A principal ação política dessa fase foi o investimento em saneamento das cidades e campanhas de vacinação (Rodrigues, 2009). Esse período ficou conhecido como “Era do Saneamento”. A saúde nessa ocasião ficou marcada por ações de autoridade estatal e esse formato tinha o objetivo de construir uma identidade nacional – o cidadão brasileiro – o Estado Nação. A Era do Saneamento deu início à construção de uma base para a criação de um Sistema Nacional de Saúde (Lima, 2005).

Os períodos que se seguiram, a Era Vargas (1930-1945) e o período democrático pré ditadura (1945-1964), foram marcados por avanços na sistematização e burocratização da saúde, e ainda em um formato muito centralizador. No período Vargas, a saúde pública se apresentava de maneira cindida (Rodrigues, 2009). A população era dividida entre trabalhadores que recebiam benefícios previdenciários de sua contribuição e os outros cidadãos, fora do mercado formal de trabalho, que dependiam de ações filantrópicas, (Rodrigues, 2009) criando a chamada “cidadania regulada” (Lima, 2005).

No período de abertura democrática, a partir de 1945 até 1964, a saúde viveu o chamado “otimismo sanitário” ou “novo sanitarismo”. A discussão de saúde e desenvolvimento fica aquecida e o Brasil passa a ser compreendido como um país subdesenvolvido e que precisaria de investimentos na área da saúde para mudar esse paradigma. A pobreza fica ligada às doenças, e a cura de uma estaria ligada a erradicação da outra (Lima, 2005).

O aquecimento teórico e prático percebido nos anos relatados acima se modificam com o golpe militar e nos anos de ditadura. O cenário no Brasil ficou circunscrito na ordem pública e repressão dos meios de comunicação. O desenvolvimento econômico beneficiou pequena parcela da população. A saúde pública foi incluída em um novo arcabouço institucional - o da mercantilização e do predomínio previdenciário (Escorel, 2005). Foi criado em 1966 o Instituto Nacional da Previdência Social o INPS, este órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, excluído porém

os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos informais (Escorel, 2005). Este seria o sistema de saúde da época que fortaleceu muito o setor privado que, em apenas 3 anos de 1964-67, passou de 944 para 1423 hospitais (Rodrigues, 2009). As limitações de um sistema de saúde que não favorecia os cidadãos e apresentava falhas na gestão só foram possível sanar com o afrouxamento do controle da ditadura e sua decadência, a partir de 1985.

Foi nesse contexto de mudanças políticas que os movimentos sociais puderam existir como lugares férteis de ideias, de potencial de ação e na direção de uma Reforma Sanitária. “O Movimento Sanitário (...) fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes a democracia” (Escorel, 2005, p. 62).

É sob esse contexto que nasce a Reforma Sanitária, com a mudança do Regime Militar, 1985, para a democracia direta, as ideias de uma saúde pública e coletiva puderam ser sistematizadas e concretizadas. Ainda assim, nesse reinício democrático houve muito embate de interesses e a grande discussão sobre o financiamento da Reforma Sanitária como projeto oficial.

O salto do SUS, em 1988, foi dado no contato com a medicina preventivista, como campo teórico e prático e como disciplina dos cursos de formação médica. A medicina preventivista acalorou as discussões sobre saúde e doença e, portanto tornou-se o lócus do movimento sanitarista (Escorel, 2005). Em oposição à concepção do campo da medicina preventivista, na qual a doença era um desequilíbrio entre homem e ambiente, o movimento sanitarista constrói uma crítica para o foco somente no indivíduo. Essa crítica incorpora as idéias da Medicina Social que tem um caráter político da área da saúde e uma compreensão de que o processo saúde-doença não está no indivíduo e sim no que se refere ao seu grupo, a um coletivo, e portanto, delimita o campo da saúde coletiva (Escorel, 2005).

Em 1988, a Constituição Federal dá o passo necessário para que a base ideológica do SUS pudesse acontecer. Chamada de “Constituição Cidadã” esse documento define a saúde como um direito universal, algo inédito deste então. Em decorrência da CF88, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080 de 1990 estrutura a organização futura e consegue estabelecer a perspectiva desse direito.

Portanto, hoje a saúde, pelo menos em tese, é reconhecida como direito universal do cidadão brasileiro, como ficou explícito na Carta Magna, na qual é atribuída ao Estado a responsabilidade pela viabilização e garantia desse direito que incorporou a concepção dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência (Paim, 2009).

Assim, na incorporação dos direitos fundamentais em nosso país, a saúde pública configurou-se como produto de políticas sociais, econômicas e do funcionamento das unidades e programas do Sistema Único de Saúde - SUS (Campos, 2012). Como expressão de uma política pública, o SUS engloba idéias (políticas de prevenção, promoção, proteção e recuperação e reabilitação da saúde), pessoas (usuários, profissionais e gestores) e instituições (pública e privadas). O SUS é também mais do que um simples sistema, é uma visão de sociedade e a exigência de se realizar um processo democrático e participativo de saúde. Em suma, a criação do SUS consolidou o reconhecimento do direito à saúde como um dever do Estado Brasileiro e como direito do cidadão. Esse sistema de saúde é reconhecido como uma condição construída pela sociedade que organiza sua produção de acordo com suas crenças e valores, sob a influência de determinantes sociais (Paim, 2009), ou seja, ele compreende a diversidade de questões e a interligação entre seus fatores, hoje administrada pelo Estado por iniciativas de várias instituições.

Para se colocar em prática o direito universal à saúde a todos os brasileiros foi criado um programa de implantação da atenção primária no Brasil e batizado de Estratégia Saúde da Família, em 1994. A Atenção Primária à Saúde faz parte de um pacto mundial firmado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde da OMS, em 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, pelo melhor nível de saúde possível das populações feita de forma comunitária e interdisciplinar.

A ESF é um programa de implantação da Atenção Primária à Saúde – APS, no SUS que, segundo o dicionário de verbetes da Fundação Oswaldo Cruz (2017), APS é “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”.

Deste modo a ESF tinha como um dos seus objetivos cumprir o prometido na constituição: a universalização do acesso à saúde no Brasil. A ESF conta com uma política de equipe mínima - um médico generalista ou da saúde da família, um enfermeiro com as mesmas especialidades e um agente comunitário que devem fornecer um conjunto básico de assistência à saúde. De fato foi uma política que permitiu que o SUS alcançasse um maior número de brasileiros.

Um dos princípios da ESF é o trabalho territorializado e em rede, fazendo da Unidade Básica de Saúde, a UBS, seu núcleo físico de trabalho e referência. A ideia do trabalho em rede na saúde foi primeiramente desenvolvida e cunhada, em 1920, por Dawson, médico inglês que propôs os cuidados em um sistema de saúde que integrava-se a medicina preventiva e a curativa, tinha no médico generalista o papel central e a porta de entrada desse sistema seria a atenção primária à saúde. A atenção secundária seria prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais criando assim um fluxo e um caminho da pessoa em busca de tratamento para alguma enfermidade, a cada nível de atenção, o cuidado seria cada vez mais complexo e especializado.

Outro dispositivo criado para fortalecer e ampliar o acesso integral e universal à saúde foi o Núcleo de Assistência à Saúde da Família o NASF, inaugurado em 2008. No NASF está previsto o apoio à equipe mínima da ESF, ampliando as ofertas, a resolutividade e ampliando o alvo das ações como, por exemplo, a integração de equipes de saúde mental com psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Este programa ligado à ESF inclui nas equipes de atenção básica diversos profissionais especializados em saúde mental.

Visto de outro ângulo, o reconhecimento do conceito de saúde como explicado até agora contrasta com a visão de que a saúde é limitada e reduzida, às atividades de assistência médica e à ausência de doenças. Hoje, o reconhecimento da promoção das condições de saúde é suficientemente desenvolvido para superar visão tão limitada da realidade. Nesse sentido, amplia-se o entendimento do que é saúde como se apresenta nos três princípios dos SUS: promoção, proteção e recuperação conforme §1º Art. 2º Lei Federal 8080 /1990 que regulamenta o SUS:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (§1º Art. 2º Lei Federal 8080 /1990).

Em outra evidência da amplitude desse conceito, a promoção da saúde demanda ações “difusas, sem alvo determinado, contra um agravo ou risco específico buscando melhoria global no estado de bem estar ou qualidade do grupo ou comunidade” (Almeida, 2011, p. 118). Nessa perspectiva a saúde é responsabilidade da própria sociedade, tradicionalmente compartilhada entre o Estado e iniciativas diversas dos cidadãos, fator que reforça a complexidade do tema.

Da análise das diversas dimensões e elementos que compõem o conceito de saúde podemos reafirmar que, para além dessa complexidade definir saúde pressupõe a compreensão do que é o homem, como ele vive, como convive, o que ele aprende, como ele se desenvolve e o que ele quer na perspectiva do seu futuro e de sua comunidade.

Ainda, entre as diferentes dimensões abordadas é relevante notar que, para o mais amplo conhecimento do campo da saúde mental estende-se o entendimento do conceito de saúde.

2 - Saúde Mental - Definições e Percursos

Saúde mental é parte do campo da saúde e também objeto de estudo em permanente evolução, cujos desafios aparecem tanto em sua compreensão como em sua construção. Para efeito deste trabalho, podem ser consideradas três dimensões que definem a saúde mental: uma para designar o campo epistemológico do nexos loucura e saúde mental; outra para designar o campo que compreende a

saúde mental como atributo de saúde de indivíduos e coletividades; e, ainda, a dimensão que define o campo como intervenções, práticas profissionais e políticas públicas. Essas três dimensões são interligadas e interdependentes.

2.1 - Loucura e razão como dimensão da saúde mental

Definir a saúde mental é tarefa complexa e sendo o seu nexo com a loucura reconhecido, seja no senso comum ou na academia. Este nexo é assunto de grande extensão teórica e, é de interesse desta pesquisa, pois está contido no conceito de saúde mental sendo uma de suas dimensões.

Debater a loucura é também adentrar na dimensão filosófica, pois sendo esta a raiz de todas as ciências faz emergir os sentidos do que é a loucura, e inclina-se a responder sobre a essência da natureza, do homem racional, da ética e da moral. No centro da filosofia existe uma pergunta que se repete: o que é a razão? Cujas implicações com a saúde mental já são bem conhecidas.

A reflexão sobre a saúde mental é herdeira dessa pergunta e de muitas das tentativas de resposta.

No livro pseudoepigrafado *Sobre o riso e a loucura* (2013) que faz parte da obra *Corpus hipocráticos* (textos atribuídos ao pensamento e legado de Hipócrates), temos, provavelmente, primeira relativização dos campos da razão e da loucura. O livro reúne cartas de Hipócrates para Demócrito e para outros habitantes da cidade Abdera, na Grécia. As cartas têm um debate sobre o estado de saúde de Demócrito, que é julgado, pelos moradores de sua cidade, como louco e buscam no médico Hipócrates a cura para tal enfermidade. Nas cartas e no encontro entre médico e paciente, a loucura de Demócrito é então desconstruída, ou seja, refutada e compreendida de outra maneira por seu médico. Hipócrates, finalmente, rende-se ao seu paciente e passa a considerar-se como seu discípulo, tamanha era a lucidez e a

razão de seu paciente. Os enfermos e loucos eram os habitantes da cidade, relativizando-se o lugar da loucura.

História semelhante encontramos na literatura brasileira, conforme citação que abre esta dissertação – em *O Alienista*, de Machado de Assis (2016). Nesse conto, no decorrer da narrativa, também há uma inversão daqueles considerados loucos e dos considerados sãos na Vila de Itaguaí, cidade fictícia.

É possível observar nas posturas críticas desses autores, Hipócrates e Machado de Assis, a relativização do estar louco ou ser louco e ser normal, ou a difícil tarefa de traçar um limite entre esses conceitos. Nos seus escritos, ambos concluem que não há limite entre essas dimensões da existência, mas sim a interdependência desses estados.

Na Grécia antiga, considerada o berço da civilização ocidental a loucura era vista como um privilégio (Silveira, 2005). Filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles construíram suas teorias sobre a loucura. Esses filósofos narram através da mitologia as representações sociais da loucura, em uma citação de Sócrates: “se a loucura fosse um mal, teríamos razão de falar assim; o fato, porém, é que “a loucura (*mania*) é para nós a fonte dos maiores bens” (Pelbart, 1989). A loucura considerada como um bem também tinha contrapontos. Não era toda e qualquer loucura que era “um bem”, mas uma certa modalidade de loucura, aquela que nos tira dos hábitos cotidianos, a chamada loucura divina em oposição à loucura humana ligada a doenças (Pelbart, 1989). O filósofo Platão “concebia certas modalidades de loucura como legítimas e vizinhas da razão grega, numa relação que nossa história mistifica ou oblitera” (Pelbart, 1989 p. 25). Mais recentemente, o delírio, como expressão da loucura, tem a mesma origem etimológica da palavra divino “o delírio que vem de um deus (e que é uma profecia) ao bom-senso de origem humana. O delírio é uma coisa mais bela que o bom-senso” (Pelbart, 1989, p.25)

Na idade clássica, esta mística “do bem” em relação à loucura praticamente desaparece. Primeiramente a loucura toma o lugar da “exclusão” e ocupa os leprosários, que esvaziaram-se no desaparecimento dessa doença. Foucault (2010) analisa que a loucura toma o mesmo lugar da lepra, o lugar do excluído:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente, nos mesmos locais, tais jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (Foucault, 2010, p. 6).

Inicia-se então uma fase de enclausuramento formal da loucura. Durante a Idade Média, o louco era um ser errante e apesar de não ter um lugar incluído na sociedade não havia a institucionalização deste (Foucault, 2010). Foi Philippe Pinel, médico, em 1793, com a fundação dos manicômios, que o louco ganha um status de alienado mental, e consecutivamente é institucionalizado para ser tratado. “Pinel (...) determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral” (Amarante, 2007 p.30).

Nessa perspectiva, esse autor analisa o isolamento “associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica, se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados” (Amarante, 2007, p. 32).

Igualmente é importante considerar a reflexão sobre loucura e razão no pensamento de Pascal, filósofo do Racionalismo Clássico, que se expressa na seguinte e célebre frase, que amplia a abordagem do conceito de saúde mental:

“O coração tem suas razões, que a própria razão desconhece” (Pascal, 2005).

Pascal brinca com esse verso, dando diferentes sentidos para a palavra razão e nesse jogo pode-se entender *razão* como a consciência moral e intelectual e *razões* como motivação das emoções e paixões (Chauí, 1999). Pascal une objetos que, na compreensão humana são de origens opostas: a consciência moral e a atividade intelectual *versus* as emoções e as paixões. Esse conflito de sentidos

opostos, consciência moral, atividade intelectual, emoções e paixões forma a mesma unidade do sujeito.

É necessário discutir ainda se seria a loucura o oposto da razão. Foucault considera que não são opostos. “De todos os modos, a loucura só tem sentido e valor no próprio campo da razão” (Foucault, 2010, p. 33). Para o autor, a razão e a loucura formaram diferentes parcerias ao longo da história do homem. Ora explicadas como opostas, ora compreendidas como parte do mesmo conjunto. Nessa dialética a loucura é aqui compreendida como:

Uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra (Foucault, 2010, p. 30).

A abordagem e a importante análise de Foucault delimitam o desenvolvimento do lugar da loucura na história e contribuíram para a compreensão e a crítica do aspecto marginal da loucura na sociedade e, portanto, para o entendimento de saúde mental. Ele afirma:

A partir do século XVII, o desatino não é mais a grande assombração do mundo; deixa também de ser a dimensão natural das aventuras da razão. Assume o aspecto de um fato humano, de uma variedade espontânea no campo das espécies sociais. O que outrora constituía um inevitável perigo das coisas e da linguagem do homem, de sua razão e de sua terra, assume agora figura de personagem. Ou melhor, de personagens. Os homens do desatino são tipos que a sociedade reconhece e isola: existe o devasso, o dissipador, o homossexual, o mágico, o suicida, o libertino. O desatino começa a ser avaliado segundo um certo distanciamento da norma social (Foucault, 2010, p. 103).

Esse entendimento reconhece a loucura em seu aspecto de marginalidade, quando demonstra no cenário histórico que a loucura e a razão são vivências que o homem busca dominar e explicar, como um elixir para a compreensão de sua existência, motivações, desejos e futuro.

A compreensão do nexos da loucura com a saúde mental surge da ideia de que a saúde mental é também o campo de existência desses aspectos humanos.

Ainda outra compreensão da interdependência entre a loucura e a saúde mental é a reflexão de Erasmo de Rotterdam, teólogo humanista, autor do livro *Elogio da Loucura*: “A verdade, quando não ofende, tem algo de ingênuo que causa prazer; e somente aos loucos os deuses concederam o dom de dizê-la sem ofender” (Erasmo, 2003, p. 55). Tal reflexão nos leva a observar e a entender como loucura-verdade-razão são conceitos indissociáveis, ou seja, para explicar um é sempre necessário falar do outro.

Em suma, a saúde mental é herdeira desse complexo binômio razão-loucura, sendo sua base epistemológica, sócio-histórica e filosófica. As outras dimensões da saúde mental estão apoiadas nas vicissitudes e na volatilidade desse conceito.

2.2 Atributos da saúde de indivíduos e coletividades como dimensão da saúde mental

A dimensão implícita na compreensão da saúde mental refere-se à sua manifestação como atributo da saúde, ou dos modos de levar a vida, de indivíduos e coletividades. A semântica histórica da palavra saúde apresentada por Almeida (2000) tem origem na raiz latina *salus*, que significava, “atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros” (Almeida, 2000, p.300) e deste, derivava um outro radical - *salvus* “que conotava a superação de ameaças à integridade física dos sujeitos” (Almeida, 2000, p. 300) e do radical, *salus*, derivado do termo grego *holos* com o “sentido de totalidade, raiz dos termos holismo, holístico” (Almeida, 2000, p. 300). Pode-se ressaltar ainda a descrição da palavra saúde em diferentes ramificações e origens: no latim (atributos dos inteiros); no grego (total, totalidade); no germânico (integralidade, totalidade); no anglo saxão (curado) e no escandinavo (inteireza – sagrado) (Almeida, 2000). Para essas etimologias sempre se reflete a ideia de total e inteiro. O autor conclui que o termo saúde, portanto, denota a “qualidade dos seres

intactos, indenes, com sentido vinculado às propriedades de inteireza, totalidade” (Almeida, 2000, p. 300).

Conceituar e atribuir significados à saúde mental de sujeitos e coletividades, nos remete a Canguilhem (2009), quando define que saúde é a revolução/subversão da norma, ou seja, é sempre o próprio indivíduo que devemos ter como referência quanto ao ter ou não ter saúde. Portanto, o rótulo da doença permanece relativo ao sujeito e, deste ponto de vista, “a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobre tudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio” (Canguilhem, 2009, p. 12).

Essa singularidade do sentido de saúde é preciosa na delimitação da dimensão da saúde na saúde mental, pois a característica volátil da existência do ser, entre a loucura e a razão, é o que compõe a saúde como atributo, ou seja, o indivíduo “ter saúde mental” significa estar dentro de sua norma sempre em busca de um novo equilíbrio - o mesmo vale para as coletividades.

Nessa abordagem, a saúde mental de indivíduos ou grupos é a manifestação do equilíbrio nos âmbitos das motivações, desejos e esperanças. Esses aspectos deparam-se, muitas vezes, com situações objetivas como a violência urbana, e as violências subjetivas, como o luto. Estas vivências podem ser geradoras de sofrimento psíquico, ou seja, a busca por uma nova norma num organismo que perdeu seu horizonte.

Por outro lado, deve-se assinalar que, comumente empregado em textos acadêmicos, o conceito de *sofrimento psíquico*, não é sinônimo de loucura. Enquanto, loucura contém o amplo sentido histórico e social como procuramos explicar no item anterior, o sofrimento psíquico pode ser reconhecido em pessoas que vivem no âmbito subjetivo e psicossomático estresses, mal estares, ansiedades, tensão, frustração e irritação agudas e crônicas consigo mesmo, com um outro sujeito ou com um grupo. Ou seja, conflitos patológicos em relação a tudo e todos que integram o campo existencial e objetivo do ser. Esta conceituação compõe o atributo de saúde de indivíduos e coletividades, como dimensão da saúde mental.

Nesse sentido, o sofrimento psíquico, como um paradigma, marca a definição

do atributo da saúde mental no tempo presente. Este nexos - sofrimento psíquico/saúde mental - foi também caracterizado de diferentes maneiras na compreensão do ser humano. O sofrimento psíquico, já foi explicado, por exemplo, como a encarnação de algum oráculo ou como manifestação de pessoas dotadas de arte divinatória (Pelbart, 1989); como o signo da possessão demoníaca ou a encarnação do mal (Foucault, 2010); e, finalmente passando ao paradigma postulado por Pinel, como a característica de doentes ou alienados mentais (Pinel, 2007). Esses distintos paradigmas mantêm-se em contínuo dinamismo de conceituações e explicações, que mostram a diversidade de fundamentos, teorias e princípios para esse fenômeno.

Esses paradigmas são explicações elaboradas para entender as transformações que ocorrem na história da saúde mental, em sua natureza e nas práticas voltadas para ela. Quem é o sujeito da saúde mental hoje, ou sob qual paradigma ele está apoiado não é o principal questionamento desta pesquisa, mas são respostas que certamente contribuirão para a definição de seu objeto que é a saúde mental e suas ações práticas. É importante lembrar que estamos no meio da história, nunca em seu fim (Moreira-Almeida, 2008), assim, pode-se reconhecer que, embora diversos paradigmas tenham sido utilizados para representar o atributo de saúde mental dos indivíduos ao longo dos tempos, este atributo está em constante transformação.

Sendo assim, essa diversidade de paradigmas sobre o sofrimento psíquico (tais como, o adivinho, o demônio, o doente) promovem dispositivos sociais que confirmam leitura subjetiva do ser. A clássica estrutura do hospital psiquiátrico e a descrição e delimitação fenomenológica e semiológica dos alienados mentais, no século XVIII, atribuídas à Pinel e a outros reformadores, sustentam uma tendência enraizada até os dias de hoje. Para esse autor, o sofrimento psíquico é definido como uma doença mental e sua terapêutica hegemônica de internação e de isolamento social é ainda uma realidade vivenciada. A loucura sendo interpretada como doença marca o isolamento social, aniquila a subjetividade dos sujeitos e polariza saúde como normalidade e doença como loucura. É somente em meados do século XX que movimentos reformistas no mundo ocidental e no Brasil, passaram a preconizar que o estigma da doença, da institucionalização e do isolamento

hospitalar são sintomas sociais e não do indivíduo.

Do anteriormente estabelecido, “de acordo com o senso comum, a saúde mental é a capacidade para jogar qualquer jogo de vida social, e jogá-lo bem. Inversamente, o fato de recusar-se a jogar, ou o fato de jogar mal, significa que a pessoa está mentalmente doente” (Goffman, 2001, p. 295).

A partir desse entendimento, a mudança do paradigma do doente mental e do isolado socialmente vem acontecendo paulatinamente, de tal modo que, busca-se hoje compreender o sofrimento psíquico como um fenômeno de múltiplas gêneses: genético, orgânico, ambiental, social. Portanto, o atributo da saúde é produto das infinitas conexões da múltipla gênese deste fenômeno.

Ainda nessa perspectiva, para a sociedade atual, o sofrimento psíquico pode ser muitas vezes gerador de uma teórica incapacidade produtiva, (dificuldades para trabalhar ou estudar) e um estranhamento frente ao desatino emocional de um semelhante (medo da possibilidade de viver algo correspondente). Metamorfosar esses dois fenômenos, o existir “não produtivo” e o “desatino emocional”, em alimento positivo para a sociedade moderna é o objetivo de alguns movimentos reformistas do século XX.

Nesse contexto reformista, paralelamente ao conceito de saúde exposto por Canguilhem, decorre o paradigma da alteridade que pressupõe o lugar do Outro como explicado por Santos (2003) “temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e, de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades” (Santos, 2003, p. 56).

Em outras palavras, ser igual e ser diferente estão incluídos no conceito de alteridade, sendo terapêutico o seu reconhecimento para o sujeito e, é também terapêutico para o sintoma social que instituiu a loucura como doença.

É possível então, concluir criticamente que o atributo da saúde no campo da saúde mental é ocupar o lugar da alteridade, ou seja, ter saúde mental é encontrar

em seu ambiente um espaço e um acolhimento para a diversidade de suas próprias normas.

2.3 intervenções, práticas e políticas públicas como dimensão da saúde mental

Por último, mas não menos importante, são tratadas as intervenções, práticas e políticas públicas como dimensão do campo da saúde mental. Esta perspectiva diz respeito à saúde mental como uma atividade que agrega saberes, transforma, dá contornos, processa e executa o conteúdo das duas dimensões descritas anteriormente: a da *loucura-razão* e da saúde como *atributo*. Essas dimensões concretizam-se nas ações da vida cotidiana da saúde mental, construindo saberes e práticas que se entrelaçam e fazem uso de seus respectivos vocabulários e definições.

Esse entrelaçar integra os conhecimentos de diversas disciplinas como: psiquiatria, neurologia, neurociências, psicologia, psicanálise, fisiologia, filosofia, antropologia, filologia, sociologia, história, geografia e também as manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades e povos (Amarante, 2007). Essa multiplicidade de saberes nos mostra a complexidade do campo da saúde mental, que é polissêmico e plural (Amarante, 2007) e integra as práticas aqui analisadas nesta dissertação.

As intervenções, práticas profissionais e políticas públicas existentes hoje no Brasil foram oriundas da quebra de paradigma de doença associado a internação como único tratamento. Essas práticas transformaram-se, em decorrência das mudanças de concepções e valores, em práticas voltadas para a desconstrução das heranças e a ruptura com a psiquiatria clássica e com das instituições totais (Scarcelli, 2011). Essas novas práticas lançam luz sobre a assistência promovida por serviços substitutivos à internação, como única forma de tratamento, e pela tomada de consciência dos direitos humanos na sociedade, frente ao sofrimento psíquico.

É importante observar que esse cenário de mudanças nas intervenções, práticas e políticas públicas da saúde mental foi acompanhado da justaposição de valores e concepções acerca da loucura e seu lugar social. Nessa justaposição temos a psiquiatria seus interesses e valores e, os literatos com o olhar do fascínio e estética sobre o fenômeno da loucura (Pelbart, 1989). No decorrer do tempo esse fato deflagra o que Amarante (1995) afirma sobre a crise de objeto da saúde mental: de um lado, o tratamento para pessoas consideradas doentes - os loucos e, de outro a concepção de saúde trazida por um novo tempo, que reflete principalmente a promoção da saúde e consequentemente, a promoção da saúde mental.

No Brasil, essa mudança aconteceu de forma gradual e, de acordo com os relatos, os cuidados com a saúde mental teve início no período do Brasil Colônia. Neste período, a saúde não tinha um formato homogêneo em seu cuidado, a responsabilidade ficava a cargo das autoridades locais, não havia uma política nacional (Andrade, 2007). Cada estrato da sociedade tinha acesso a diferentes formas de cuidar da saúde e consecutivamente do adoecimento psíquico. O cuidado específico ao doente mental, no Brasil, teve início com a chegada da Família Real em 1808 (Silveira, 2005). Nesse período sentiu-se a necessidade de recolher das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social (Amarante, 1995). Posteriormente, em 1852, é criado o primeiro hospício brasileiro (Amarante, 1995), o Hospital Dom Pedro II, no Rio de Janeiro.

Como consequência dessa orientação - a ordem social e o paradigma da doença mental - os hospitais psiquiátricos foram largamente construídos no Brasil. Este modelo tornou-se hegemônico e trouxe sérias consequências provocando a superlotação, as más condições sanitárias e “frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas” (Amarante, 1995, p. 52). O Hospital Psiquiátrico do Juquery, no estado de São Paulo, chegou a ter 16 mil internos (Amarante, 2007). Uma das hipóteses para essa superlotação teria sido a dificuldade de se definir a diferença entre sanidade e loucura que favorecia que estes espaços se transformassem em depósitos de marginalizados (Amarante, 2007). As instituições asilares, aumentaram de 41 unidades no ano de 1941 (entre privados e públicos) para 430 unidades no ano de 1981 (Duarte & Garcia, 2013) e, apresentavam muitos problemas de gestão e assistência. Além dessa quantidade de

instituições psiquiátricas foram constatadas, nesses hospitais, condições precárias de trabalho e de assistência (Amarante, 1995). Essa realidade exigiu uma mobilização social culminando na reforma psiquiátrica brasileira influenciada pelas reformas psiquiátricas no mundo - Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos que também trouxeram reflexões e inspirações provocando mudanças neste cenário no Brasil.

Tais movimentos internacionais foram decisivos e de grande influência para as intervenções, práticas, políticas públicas em saúde mental e para a reforma psiquiátrica brasileira. É fato que no período do pós Guerra pode-se observar três tendências: uma reforma no âmbito asilar, com as experiências na Inglaterra (Comunidades Terapêuticas) e na França (Psicoterapia Institucional); outra de superação da questão asilar nos EUA (psiquiatria preventiva) e na França (Psiquiatria de Setor); e por último, a tendência de rupturas das instituições asilares e de seus espaços físicos, que ocorreram na Itália (Franco Basaglia – psiquiatria comunitária) e na Inglaterra (Antipsiquiatria) (Amarante, 1995).

No Brasil, a ressonância a esses movimentos internacionais tomou um formato mais conciso a partir da década de 70 com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM e o CEBES – núcleos estaduais de saúde mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Esses movimentos foram o ator e o sujeito político do qual emergem propostas e o pensamento crítico do projeto da reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 1995). Enfim, esse contexto foi um campo fértil de reivindicações em que “a crise do setor era vista como reflexo do que acontecia na situação política geral do Brasil” (Amarante, 1995, p. 54) e as discussões e propostas da conjuntura da redemocratização em fins da década de 70, caminharam junto às discussões da reforma psiquiátrica.

Para melhor compreensão da reforma psiquiátrica é importante observar as diferenças e semelhanças entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. “O movimento da reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento da reforma sanitária” (Amarante, 1995, p. 94). De acordo com esse autor a reforma psiquiátrica foi menos institucionalizante do que o movimento pela reforma sanitária que “caminhava definitivamente pelos caminhos da institucionalização

densa, universal e inquestionável” (Amarante, 1995, p. 95). Por outro lado, o movimento pela reforma psiquiátrica “mantinha-se voltado para a transformação do ato de saúde, do papel normalizador das instituições e, portanto, desinstitucionalização como desconstrução” (Amarante, 1995, p. 96).

Essa perspectiva desinstitucionalizante apontada pela reforma psiquiátrica muitas vezes foi confundida pela simples desospitalização tal como a redução de números de leitos. Entretanto, na sua implantação a reforma psiquiátrica consolidou-se por meio da formação de equipamentos e instituições que substituíssem o hospital psiquiátrico. Um dos recursos dessa reforma foi a criação dos chamados serviços substitutivos, tendo como principal representante o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, equipamentos comunitários, territoriais de cuidados e promoção de saúde mental.

A origem desse modelo de atendimento foi resultado das Conferências, Fóruns e Congressos organizados pelo MTSM e seus desdobramentos. O primeiro CAPS do Brasil foi CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira inaugurado em 1987, na cidade de São Paulo. O funcionamento deste CAPS exerceu “forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país” (Amarante, 1995, p. 82). Atualmente existem na cidade de São Paulo 82 CAPS (São Paulo, 2016) nos três segmentos que se especializaram-se: Infantil, Adulto, e Álcool, e Drogas e no Brasil 1670 CAPS (Brasil, 2017). Ligado ao MTSM surgiu um movimento também importante e de destaque, a Luta Antimanicomial, que tem como ideologia uma sociedade sem manicômio.

Todos esses fatos contribuíram para as bases e fundamentos que integraram a lei da reforma psiquiátrica 10.216/2001, que institui um novo modelo de cuidado e conforme consta no inciso IX Art. 2º a pessoa deverá ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ou seja, a forma como hoje esse campo está organizado institucionalmente foi fruto de um contínuo processo de construção e de crítica às estruturas que articulam as práticas da saúde mental. Tais práticas e intervenções atuais aplicadas aos cuidados da saúde mental cotidiana, os chamados serviços substitutivos, estão

em constante construção e, por força da lei, à saúde mental pública exige-se que se cumpram os princípios de comunidade e território.

Nesse contexto, a política de saúde mental está organizada em rede - a Rede de Atenção Psicossocial RAPS (Brasil, 2017), que se articula no território e na comunidade e faz a saúde mental integrar-se à cidade e às relações sociais e culturais. Aspectos que são fundamentais para o exercício da cidadania e ponto crucial na reabilitação psicossocial, sendo essa uma das formas de intervenção previstas pela RAPS. “A reabilitação engloba a todos os profissionais, e a todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira” (Saraceno, 1996, pg 14).

Enfim, tais mudanças nas práticas em saúde mental - a efetivação de uma política de saúde pública universal - o SUS e a ruptura com a internação psiquiátrica - e a desinstitucionalização – compreenderam para além da questão objetiva da desospitalização que, “o sofrimento psíquico deixa de ser exclusivamente dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades das instituições e da vida dos cidadãos” (Amarante, 1995, p. 95), ou seja, além das mudanças objetivas e institucionais a reforma psiquiátrica deixou de ser do campo exclusivo da saúde e passou a ser do campo da vida social e dos direitos do cidadão.

A discussão de como esses direitos deveriam ser efetivados apresenta características e dificuldades que podem ser observadas em outros períodos da história brasileira na efetivação de conquistas. Nesse contexto de efetivação de direitos à implantação do SUS e das políticas de saúde mental não foram diferentes. Na cidade de São Paulo as práticas, intervenções e políticas públicas estruturadas a partir da Constituição Federal de 1988, da Lei do SUS 8080/1989 e da Lei da reforma psiquiátrica 10.216/2001 foram definidas e implantadas sob permanente conflito na direção de se colocar em prática os direitos sociais. A Constituição Federal estabeleceu que o direito à saúde é universal e de responsabilidade do Estado, do indivíduo e da sociedade podendo ser efetivado pela iniciativa privada. Essa diretriz constitucional tem sido um campo de permanente conflito na implementação das leis, ou seja, a discussão entre a responsabilidade do Estado e a

participação da iniciativa privada. A interpretação de como a iniciativa privada deveria ser responsável e participar destes processos variou de acordo com o tipo de gestão, valores e a conjuntura social e econômica. A saúde como espaço público não estatal foi estabelecida como a nova arena de atuação do governo e da sociedade. “A proliferação de diferentes modelos jurídicos, a ampliação da presença do setor privado na execução de serviços públicos, e o consenso sobre a necessidade de melhorias no desempenho das políticas públicas produziu, a partir dos anos 90, um importante debate sobre a governança pública” (Costa e Silva, 2016, p. 1366).

Nesse período, a descentralização das ações para as esferas municipais como princípio do SUS foi diretamente influenciada por políticas públicas, como o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE, 1995) que visava construção de “figuras novas no terceiro setor, as quais deveriam se transformar em espaço público não estatal” (Ibanéz, 2007, p. 1834) e, consecutivamente pela implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2000) que, entre outros atributos, limitava a contratação de funcionários públicos, pois estabelecia um teto de despesas com o pessoal, limitando o necessário desenvolvimento das demandas do SUS (Costa e Silva, 2016). Essa conjuntura implicou na busca de alternativas que garantissem a expansão da atenção à saúde, deste modo, os municípios passaram a usar as organizações da sociedade civil para dar conta do direito adquirido na constituição (Costa e Silva, 2016).

As OSs representam um modelo de gestão assim definido pelo Art.197 da Constituição Federal de 1988: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

Além disso, o Art. 199 destaca: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Sendo assim, ainda que de responsabilidade pública, a gestão dos serviços pode ser executada por terceiros, cabendo ao plano de governo vigente a decisão, a continuidade e execução de forma direta ou indireta.

Atualmente, na cidade de São Paulo existe legislação que fomenta as Organizações Sociais de Saúde como gestoras dos equipamentos de saúde e consecutivamente dos equipamentos de saúde mental. A Lei Municipal Nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006 dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais e em seu Art. 1º define que o “Poder Executivo qualificará como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, atendidos os requisitos previstos nesta lei.”

As discussões e os estudos sobre a efetividade e a eficiência das OSS como escolha para a gestão da saúde pública não são conclusivos, mas apontam necessidades e melhorias nesta escolha organizacional. No estudo de Costa e Silva (2016) sobre os limites e possibilidades das OSS na gestão da Atenção Primária à Saúde os autores sugerem que as OSS foram facilitadoras para a contratação de pessoal e insumos. A pesquisa conclui que este modelo necessita de monitoramento e avaliação permanentes em “função da amplitude do campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos, nem sempre convergentes” (Costa e Silva, 2016, p. 1374).

Pode-se inferir como conclusão deste capítulo que as práticas, intervenções e as políticas públicas descritas como uma das dimensões do campo da saúde mental estão em permanente construção e são influenciadas por decisões políticas, conjunturas econômicas, sociais e culturais. No que se refere à questão das OSS, as práticas da saúde mental pública divide com o SUS os seus impasses e conflitos.

Nessa perspectiva podemos afirmar que, com base nesses parâmetros, a multidisciplinaridade do campo da saúde mental que permeia as dimensões saúde-loucura, saúde como atributo e práticas da saúde mental revelam que o conhecimento desse campo deve ser pensado para além de um paradigma único e compreender que este se constrói na transversalidade destes saberes (Amarante, 2007). A discussão dos conceitos de saúde e saúde mental é uma tarefa contínua, pois, esses campos referem-se a aspectos que são tocados por elementos, como a ética, a ideologia vigente e a época, que os transformam permanentemente. Encontrar a essência do conceito da saúde e da saúde mental seria hipoteticamente

retirá-lo de seu tempo e de suas ideologias. Para este trabalho, esses dois conceitos, saúde e saúde mental estão apoiados na diversidade de dimensões que existem em cada indivíduo e em cada grupo, onde a singularidade e a alteridade são iminentes a estes conceitos.

CAPÍTULO III - A memória social

Tendo apresentado os objetivos deste trabalho, conceituado e contextualizado a questão da saúde e seu ramo da saúde mental, o presente capítulo discute a perspectiva da memória social como principal referencial teórico para obtenção das informações que motivaram esta pesquisa.

A memória social é um fenômeno que pode expressar as mudanças nas ações políticas da saúde mental e, portanto, é um recurso para a compreensão do desenvolvimento da rede de saúde mental no M'Boi Mirim. Este capítulo tem o objetivo de responder: “por que a memória social é referencial teórico relevante para a compreensão das mudanças nas ações políticas que tiveram curso no M'Boi Mirim ao longo dos anos?”.

A memória social é um instrumento complexo que integra as subjetividades dos indivíduos e é manifestada através de representações do mundo, internamente articuladas nos elementos que estruturam a subjetividade humana.

1. O conceito de memória social

Memória é um arquivo e uma percepção interna de invocação do passado, na forma de lembranças. É uma experiência temporal que contém o passado, o presente e o futuro, à qual o sujeito recorre para compreender sua relação com o mundo, capacitando-se para tomar decisões. A memória tem sido estudada e considerada amplamente na Psicologia Social. Os trabalhos de Bosi (1994) sobre a memória foram um marco no avanço da compreensão dessa relação entre as pessoas, o mundo e suas histórias.

Um dos principais aprendizados que a Psicologia adquiriu pelo estudo da memória é seu impacto na compreensão de nós mesmos e dos outros. Os sentidos que atribuímos a nós mesmos, aos outros e às nossas relações com eles e com o

mundo estão relacionados com as lembranças associadas às causas de nossas ações e aos motivos pelos quais agimos desta ou daquela maneira.

Outro aprendizado adquirido pela Psicologia emerge no campo da Psicologia Social com o caráter social das lembranças, pela força das relações intersubjetivas, a dependência das práticas discursivas e do caráter de experiência contínua da memória. A Psicologia Social quando estuda tais relações intersubjetivas também reflete sobre como “nós percebemos o mundo como é e, todas nossas percepções, ideias e atribuições são respostas a estímulos do ambiente físico ou quase físico, em que vivemos” (Moscovici, 2015, p. 30).

Referências à memória datam dos antigos gregos e de sua mitologia. Os gregos tinham interesse na compreensão da memória. Mnemosyne, a Deusa da Memória, era mãe das musas responsáveis pelas artes e pela história e concedia aos artistas e aos historiadores o dom da imortalidade, tornando seus feitos eternos e memoráveis (Chauí, 1999). Os gregos conceberam por meio dessa divindade, a importância da conservação e da compreensão da história e da arte para sua cultura, de tal modo que se eternizassem tais registros na memória, sendo esta, portanto, “necessária para todas as operações da razão” (Pascal, 2005, p. 274).

Desde então, a memória e a razão têm sido reconhecidas como duas capacidades que se retroalimentam; a memória alimenta a razão de elementos que esta requer para funcionar, assim como a razão atua sobre a memória, ajudando-a a se organizar e a se relacionar com a realidade.

Embora a memória tenha sido considerada de muitas formas nas diversas especialidades da psicologia, da filosofia e da fisiologia, no campo da psicologia social essa capacidade tem sido considerada sob três dimensões: a memória individual, a coletiva e a social (Gondar, 2016). A memória social é uma forma de memória compartilhada e é a dimensão que cabe explorar nesta dissertação. A memória social é como um arquivo de lembranças “que permanecem coletivas e nos são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos” (Halbwachs, 2003, p. 30). Essa memória, pelo seu caráter de lembrança compartilhada, funciona como elemento de nossa subjetividade e, portanto, de nossa identidade e na concretização dos indivíduos como interlocutores e interatores.

Essa construção ocorre dentro da complexidade das relações interpessoais, em processos dinâmicos. A memória social constrói para o indivíduo aquilo que é real ou fictício na sua relação com os indivíduos e grupos com os quais interage (Halbwachs, 2003). Sendo assim, conceituar a memória social e explorar sua função e suas potencialidades são tarefas complexas.

São tarefas complexas porque nelas são reconhecidos diversos elementos como lembranças e esquecimentos, acúmulos e perdas, arquivos e restos (Gondar, 2016). A memória é construída por aquilo que é lembrado, por aquilo que é esquecido e por aquilo que é associado. Como fonte de conhecimento, sua construção implica lembrança/reminiscência/recordação, uma *anamnese* que gera percepção e alimenta o entendimento daquilo que ela faz parte e daquilo que a estrutura. A memória social que nos rodeia, ou seja, eventos culturais, políticos e naturais, também faz parte do desenvolvimento humano e, portanto, parte da bagagem de conhecimentos de cada indivíduo. É possível observar que os aspectos daquilo que somos individualmente estão contidos no grupo em que vivemos e têm heranças do nosso passado. Não deixamos de ter nossa individualidade, somos feitos da “fronteira em que se cruzam os modos de ser do indivíduo e da sua cultura” (Bosi, 1994). A memória social está implicada na intersubjetividade.

Bosi (1994) analisou a questão da memória por meio da pesquisa com velhos. Nesses sujeitos, já mais avançados na idade, Bosi encontrou o percurso da memória social, momentos em que eles já tiveram diferentes tipos de vivência social e familiar e no qual o tempo presente não aparece tão marcado quanto em pessoas jovens ou adultas. A memória social é produto da experiência de vida.

Benjamin (2012) reforça essa tese de Bosi sobre a importância da experiência do idoso para a memória social ao reconhecer que ela se apresenta “de forma concisa, com a autoridade da velhice, em provérbios; de forma prolixa com a loquacidade, em histórias; às vezes como narrativas de países longínquos, diante da lareira, contadas a filhos e netos – Que foi feito de tudo isso? Quem encontra ainda pessoas que saibam narrar algo direito?” (Benjamin, 2012, p. 123). A memória social nos cerca, afeta nossas decisões e ações e nem sempre percebemos a profundidade de nossas relações com ela.

Na experiência da memória social sua manifestação ocorre como se fossem dois tipos distintos de memória. O primeiro é a produção do poder, por meio da conservação dos valores de um grupo. O poder é um elemento implicado na memória social. A segunda é a memória enquanto produto de transformação social e de construção de futuro (Gondar, 2016). Respeitar o passado, valorizar o presente e organizar o futuro são as maiores contribuições que se tem de todas as pessoas numa determinada sociedade. A memória não é apenas do passado, é a articulação entre o passado e o futuro, “a imaginação articula esses dois tempos mágicos e simbólicos – passado e futuro – sem diacronia, ordem cronológica ou ordem evolutiva” (Gondar, 2016, p. 11).

A exploração da memória social de um sujeito não é a exploração de suas lembranças individuais, mas de uma certa memória coletiva, como ocorre com o compartilhamento desse aspecto na cultura. As crônicas do cotidiano originadas da memória social são produzidas dialogicamente nessa troca e inserção.

Gondar (2016) trata e explicita essas potencialidades ao considerar cinco proposições que utiliza para a conceituação da memória social. Na primeira proposição, para Gondar, a memória social é polissêmica, transversal e transdisciplinar, apresentando a diversidade de significações e signos que podem ser simbólicos ou icônicos.

A memória social, como objeto de pesquisa passível de ser conceituado, não pertence a nenhuma disciplina tradicionalmente existente, e nenhuma delas goza do privilégio de produzir o seu conceito. Esse conceito se encontra em construção a partir dos novos problemas que resultam do atravessamento de disciplinas diversas (Gondar, 2016, p. 16).

Na segunda proposição, Gondar retoma os dois tipos de memória já mencionados anteriormente. A memória numa perspectiva ético/política como instrumento de manutenção de poder de um grupo e a memória como transformadora do campo social no qual toda e qualquer lembrança, documento, citação são sempre significativos e refletem intencionalidades. Manter, ou alterar os dados da memória é uma tarefa desempenhada pelo grupo e não apenas pelo indivíduo. Como vimos, nessa proposição ético/política, Gondar ressalta a importância que a memória social tem na produção do presente, no reconhecimento do passado e naquilo que se almeja para o futuro, não como algo que emana da

atividade pessoal, mas que emerge da interação do indivíduo com outros que compartilham arquivos de lembranças sobre suas experiências entre si e no mundo. A memória social é uma construção compartilhada na qual os indivíduos e os grupos buscam os recursos para viabilizar suas ações.

Na terceira proposição, Gondar contesta a concepção popular de que lembrar é algo positivo, bom e esperado e que esquecer é algo negativo, ruim e indesejado. A autora reafirma que podemos atribuir uma “função positiva ao esquecimento, concebendo as perdas enquanto indispensáveis à transformação da memória” (Gondar, 2016, p. 27) “Pois esquecer é um ato que se encontra invariavelmente presente em qualquer construção mnemônica” e é “o resultado de uma relação complexa e paradoxal entre processos de lembrar e de esquecer, que deixam de ser vistos como polaridades opostas e passam a integrar um vínculo de coexistência paradoxal” (Gondar, 2016, p. 29).

Na quarta proposição, Gondar considera que a memória não se reduz à identidade, mas implica toda a riqueza da intersubjetividade. De acordo com Michel Pollack, a identidade é “imagem de si para si e para os outros...” (Gondar 2016, p. 31). Um grupo de pessoas, ou uma sociedade, também constrói imagens de si mesmos, revelando identidades que não se reduzem à memória. Nessa proposição, Gondar (2016) trata novamente da importância do esquecer, ou seja, ela reafirma o significado de “reconhecer a participação do esquecimento na construção da memória” (Gondar, 2016, p. 31).

Na quinta proposição sobre a memória, Gondar (2016) reconhece que as lembranças não se reduzem à representação, porquanto “não surgem subitamente no campo social, mas resultam de jogos de força bastante complexos, envolvendo combinações e enfrentamentos que a todo tempo se alteram” (Gondar, 2016, p. 35), e que, tais representações são apenas uma parte que se cristalizou e se legitimou na sociedade. Como afirmado anteriormente, a memória social é um campo de poder e uma força transformadora.

Nessas cinco proposições, a memória social aparece em sua complexidade, em seus impactos sobre a relação eu-outro, a ação da memória social nas estruturas sociais, pela força de sua condição de arquivo coletivo, integrado e movimentado pelas interações contínuas entre os indivíduos.

Halbwachs, foi um filósofo francês que atuou na passagem do século XIX para o XX e seus estudos ajudaram a situar as mudanças que ocorrem nas relações dos indivíduos com os grupos e nas relações interpessoais nesses grupos. Tais estudos resultaram em conhecida produção intelectual cujo centro foi o entendimento das relações da memória com a sociedade, pela construção da notável distinção entre memória histórica e memória coletiva (Duvignaud em Halbwachs, 2006 p. 13).

Em seu livro, *A Memória Coletiva* (2015), Halbwachs desenvolve a teoria das relações da memória entre indivíduo e sociedade e recorre ao testemunho como um fato que pode reforçar ou enfraquecer um acontecimento que conhecemos, mas em relação ao qual nos falta alguma informação. As lembranças de cada um permanecem coletivas, mesmo em acontecimentos que somente nós vivemos, pois nunca estamos sós, ou seja, naquilo que vemos, sentimos e lembramos sempre há a marca de alguém ou de alguma informação que lemos, vimos ou ouvimos. Um acontecimento pessoal pouco claro em nossa consciência pode ser construído por lembranças externas, de outras pessoas, elas não necessariamente reproduzem o passado, “o elemento ou parcela de lembrança que antes havia no nosso espírito talvez seja uma expressão mais exata do fato – à algumas lembranças reais se junta uma compacta massa de lembranças fictícias” (Halbwachs, 2015, p. 32). Nessa interação entre os indivíduos desponta a memória social.

Por sua vez, a lembrança de um acontecimento ligada a um grupo, do qual a pessoa que evoca a lembrança esteve muito envolvida, mas dele se distanciou, pode não ser reconhecida por ela, mas pode ser reconhecida pelo grupo que esteve presente no acontecimento. Em outras palavras, uma lembrança/memória está sempre ligada a um grupo ao qual pertencemos presentemente ou ao qual já pertencemos outrora.

Ampliando sua elaboração, Halbwachs (2015) considera que a memória individual não se recordará simplesmente apoiada na memória coletiva. A memória individual frente à memória coletiva só pode ser confirmada se houver pontos de contato e bases comuns, ou seja, não basta a memória coletiva para recordar-se de algo, “é preciso que esta reconstrução funcione a partir de dados ou de noções comuns que estejam em nosso espírito e também no dos outros” (Halbwachs, 2015,

p. 39).

Com base nesse referencial, surge a questão da memória social do contexto das mudanças nas ações em saúde mental no M'Boi Mirim e sua presença no desenvolvimento do direito à saúde. Para tanto, recuperar a memória social da saúde mental de um território é também um “problema da seleção ou da escolha: a cada vez que escolhemos transformar determinadas ideias, percepções ou acontecimentos em lembranças, relegamos muitos outros ao esquecimento” (Gondar, 2016, p. 29).

De fato, a Psicologia Social procura sintetizar as relações entre o indivíduo e o contexto social, e busca também entender quais são os limites e as intersecções dessas relações. Com a finalidade de enriquecer a compreensão desse campo de estudo, podemos nos aproximar de suas raízes. Na clássica e detalhada pesquisa de Farr (1996), a Psicologia Social emerge na era moderna como herdeira da Filosofia e de suas questões metafísicas, somando-se a isso a compreensão sobre a origem do psiquismo e do comportamento humano. Com base nesses parâmetros, a Psicologia Social é uma disciplina que, apoiada em modelos científicos, tem suas bases epistemológicas nas ciências humanas e nas ciências naturais (Farr, 1996). A partir deste contexto, a memória social tem sua origem fortemente ligada às ciências sociais e, portanto, às ciências humanas, abriga diferentes disciplinas o que exige para seu estudo a presença de distintos campos do saber (Gondar, 2016).

Podemos acrescentar, ainda, que a escolha do caminho teórico para esta investigação – a abordagem da memória social – parte do pressuposto de que a memória é um dispositivo fonte de subjetividade “carregado de crenças, normas, ritos impostos ao indivíduo” e que “só podemos articular fatos fenômenos e atos/ações a partir do movimento relacional da memória” (Gondar, 2016, p. 11).

Considerando a finalidade desta dissertação o próximo capítulo é dedicado à metodologia, aos princípios e às implicações propostas pelo referencial teórico da memória social como referência.

CAPÍTULO IV - Metodologia

A forma e os caminhos desta pesquisa foram construídos sobre a exploração da memória social pela utilização das crônicas do cotidiano, de revisão bibliográfica e de vivências e experiências de campo. O objeto desta pesquisa é a memória social da saúde mental no território do M'Boi Mirim, com foco no contexto das mudanças que ocorreram nas ações políticas sobre esse território. A finalidade deste capítulo é expor a metodologia aqui utilizada e justificar a escolha da memória social na coleta de informações. Para tanto, este capítulo está organizado com a descrição e a justificativa da metodologia da memória social.

A escolha do M'Boi Mirim, como objeto de pesquisa, não foi aleatória. Essa decisão foi fundamentada na representatividade dessa região como um lugar que tem características sociais, políticas, econômicas específicas, que se apresentam em constante transformação e desenvolvimento. Além desse aspecto objetivo do território, também foi considerado a experiência de trabalho desta pesquisadora na rede SUS da referida região. Essa vivência com envolvimento crítico no trabalho profissional pôde ser aproveitada nesta pesquisa pois, ampliou a compreensão do funcionamento do SUS, enriquecendo o repertório de juízos, valores e ideias sobre o cuidado com a saúde mental. Essa oportunidade de observação e trabalho de um equipamento de saúde no território do M'Boi Mirim, enriquecida pela participação crítica no fazer da saúde, contribuiu significativamente no rumo tomado nesta dissertação.

Como observamos no Capítulo II, a saúde e a saúde mental são aspectos constantemente transformados pela conjuntura econômica, social e cultural de seu tempo. No território do M'Boi Mirim não foi diferente, as práticas em saúde mental são constantemente transformadas por políticas e valores que mudaram ao longo de um tempo resultando, em um campo específico para análise de memória social.

A pertinência do estudo da memória social, como objeto de interrogação para a compreensão das mudanças, justifica-se, pois este dispositivo psicossocial revela

subjetividade e informações sobre os percursos de um determinado acontecimento ou fato histórico, motivando assim a pesquisa no campo da psicologia social. A memória social é campo de estudo da psicologia social que tem como objetivo compreender as relações indivíduo/grupo no contexto em que viveram e vivem. A memória das mudanças nas ações em saúde mental de um território pode ser estudada e compreendida pela memória social, pois essa perspectiva faz emergir e articula signos e símbolos de indivíduos e grupos. Em outras palavras, a memória social oferece um espaço de escuta e de síntese daquilo que marcou, subjetivamente, os sujeitos e contribui para a compreensão da trajetória das ações em saúde mental do referido território.

Sendo assim, o trabalho da memória social pode recuperar a conjuntura do espaço coletivo de ações em saúde mental que abrigou mudanças nos âmbitos ideológico e político desde a implantação do SUS, em 1988. Algumas dessas mudanças povoam os registros, porém outras requerem algum procedimento para serem recuperadas dos episódios que as constituíram.

Ainda podemos acrescentar que pesquisar a memória social, é um dispositivo válido por dois motivos. Primeiro, pelas significativas mudanças nas políticas de saúde mental, já discutidas anteriormente neste trabalho, condicionadas ao tempo decorrido desde sua implantação. Segundo, pela relevância da memória social dos trabalhadores e dos grupos ligados à saúde mental que vivenciaram o impacto dessas mudanças nas ações e práticas do seu cotidiano e podem expressá-las. Mudanças podem ser geradoras de dificuldades e crises na adaptação a uma nova realidade, daí a importância de se conhecer como foram incorporadas e ou entendidas essas ações. Em períodos de tensão ou crise, as lembranças coletivas têm mais importância do que em períodos de imutabilidade das estruturas sociais (Duvignaud, 1990, p. 13).

Se o objetivo desta dissertação é fazer emergir a trajetória das mudanças nas ações das políticas de saúde mental e a contribuição para a reflexão da proteção do direito à saúde, as principais informações necessárias podem ser encontradas em três fontes. São consideradas neste estudo três fontes de memória social, que se entrelaçam e são interdependentes.

A primeira fonte é representada pelas informações coletadas na revisão bibliográfica, com dados históricos, geográficos, econômicos e sociais a respeito do território do M'Boi Mirim. Tais informações foram coletadas nas diversas literaturas oficiais disponíveis, tais como, sites do governo federal, estadual e municipal, de entidades não governamentais de interesse público, monografias, dissertações e teses de doutorado, artigos acadêmicos e livros publicados.

A segunda fonte decorre da observação e descrição de atividades realizadas no campo. Foram acompanhadas as reuniões da rede complementar de saúde e os espaços não institucionalizados do SUS (Santos, 2016). Nesses espaços se desenvolvem atividades de participação popular em saúde no território do M'Boi Mirim e que se constituíram numa rede. Dessa rede foram observados os seguintes grupos: o Fórum de Defesa da Vida, o Fórum de Pesquisadores, o Fórum de Saúde Mental e a Reunião de Conselhos Gestores de Saúde da Supervisão.

A terceira fonte é a descrição da memória social de um trabalhador que atuou durante 25 anos no território. Para tanto, foram coletadas informações, por meio de depoimentos sobre suas experiências, vivências e lembranças relativas às mudanças nas ações de saúde mental durante o período de trabalho desse depoente.

Assim, essas três fontes serão descritas separadamente mas, analisadas de modo integrado, pois, juntas podem oferecer múltiplas perspectivas do objeto aqui estudado e apresentar o contexto da memória social desse trabalhador referente às mudanças nas ações de saúde mental do território. A escolha conceitual e teórica sobre saúde, saúde mental e memória social deu sustentação para a compreensão dessas fontes, de tal modo que essa estrutura teórica direcionou a apreensão e a análise da memória social estudada nesta dissertação.

Um elemento fundamental para acessar a memória social das mudanças nas ações de saúde mental do M'Boi Mirim foi cuidar da validade da fonte de informação (Luna, 2002). Portanto, consideramos que o depoimento oral, com histórias e lembranças contadas sobre as vivências adquiridas no trabalho ou em experiências comunitárias, tem potência e validade como fonte de informação, pois, traz nas crônicas do cotidiano, os múltiplos aspectos objetivos e subjetivos dos conflitos,

dificuldades e êxitos das mudanças. Além disso, o depoente esteve envolvido, ou foi objeto das próprias mudanças institucionais na área da saúde na região.

Para atingir esses fins e diante de complexidade da rede de saúde mental, optamos por depoimentos amplos que atingissem um longo espaço de tempo. Os depoentes buscados para retratar as mudanças nas ações em saúde mental, deveriam ser trabalhadores do M'Boi Mirim e terem passado pela implementação do SUS. Em contato prévio, constatamos que os indivíduos que participaram desta pesquisa, enfrentaram projetos de mudança em diferentes gestões e momentos de crise, tinham longa experiência na região, e deveriam conhecer não apenas o funcionamento, mas os acontecimentos marcantes das mudanças nos serviços.

Desse modo, os depoimentos foram programados com indivíduos que se adequavam ao perfil definido. Foram realizadas entrevistas com três trabalhadores da rede de saúde e um líder comunitário. A escolha desse líder comunitário se justificou pois, na década de 80, ele organizou esforços para a abertura de um Posto de Saúde, atualmente uma UBS na região.

Embora quatro depoimentos tenham sido registrados, apenas um foi aproveitado. Assim, a base da análise da memória social via depoimentos foi reduzida a único caso. Isso se deu porque o depoimento do líder comunitário, apesar de rico e detalhado não incluiu memórias sobre os aspectos institucionais da saúde mental. O depoimento de um dos trabalhadores, pelo mesmo motivo, não contemplou os aspectos de interesse desta dissertação, que visa reconhecer as mudanças nas políticas de saúde mental do território. O último depoimento, também de um trabalhador, não foi incluído na pesquisa porque o depoente não trouxe informações relevantes de memória social, expondo mais sobre aspectos acadêmicos das mudanças. Constata-se que “as testemunhas orais nem sempre são autênticas, muitas vezes são dominadas por um processo de estereotipia e se dobram à memória institucional” (Bosi, 2003, p. 17).

O trabalhador cuja entrevista constituiu a fonte de dados vivenciou a execução das políticas públicas na rotina de seus procedimentos cotidianos. Esse depoente trabalhou de 1987 no Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora do Caminho, da Congregação das Irmãs Hospitaleiras, localizado no território do M'Boi Mirim. Da

experiência desse trabalhador temos o relato das mudanças ocorridas com a chegada do SUS nessa instituição e, posteriormente, a sua experiência de trabalho em um CAPS que atua em parceria com esse equipamento.

O acesso a esse depoimento possibilitou observar as mudanças nas ações políticas na saúde mental da região, sua origem, sua implementação e seus resultados. Através desse procedimento, buscou-se identificar o que aconteceu, por que aconteceu e compreender o contexto e os microcontextos que constroem o quadro das mudanças na rede de saúde mental naquele território.

Para tanto, os depoimentos foram realizados com a técnica de entrevista semi-estruturada, para a qual foram elaboradas questões gerais que favorecessem a livre evocação da memória do depoente, de tal modo que tivesse a “liberdade de encadear e compor a sua vontade os momentos do seu passado” (Bosi, 2003, p. 55).

Para atingir essa condição, o depoimento foi organizado para buscar respostas para a seguinte questão: quais as mudanças nas ações das políticas públicas em saúde mental que você vivenciou durante o período pré-implantação do SUS e após o SUS?

Buscando obter melhor qualidade e rigor no relato, o depoente foi estimulado a responder questões complementares somadas ao roteiro central, de tal modo que completasse as informações sobre a relação entre as mudanças nas ações e o cotidiano de seu trabalho. Essa abordagem teve o cuidado necessário para garantir a liberdade desse depoente, tendo como referência suas memórias e respeitando os “caminhos que os recordadores vão abrindo na sua evocação por que são o mapa afetivo de sua experiência e da experiência do seu grupo” (Bosi, 1994, p. 56).

Os quatro depoimentos foram gravados, posteriormente transcritos sob uma forma de articulação que favorecesse e facilitasse a análise dos conteúdos agregados, tendo em vista as crônicas do cotidiano a que se referiam. Depois de transcritos, os depoimentos passaram pela leitura flutuante para a identificação de aspectos significativos e informações que oferecessem ajuda na composição da memória da saúde mental no M'Boi Mirim.

Em vista disso, optamos pela identificação de critérios que emergiam da própria leitura do depoimento, tendo como ponto comum a relação com as mudanças nas ações das políticas públicas em saúde mental. Assim, as informações colhidas foram apresentadas através dos dados mais importantes, mesclados com sua interpretação, em aspectos conhecidos pela experiência e vivência da pesquisadora com o funcionamento da rede pública de saúde do território somados as informações colhidas na revisão bibliográfica e nas vivências e experiências de campo.

Assim sendo, o caminho aqui desenhado toma, como seu objeto, o depoimento, as informações colhidas de revisão bibliográfica e a observação de campo estimuladas para o testemunho da memória social e sua posterior sistematização, de tal forma que estivessem representadas as mudanças nas ações dos serviços de saúde mental. Todas essas técnicas têm como procedimento a produção de crônicas do cotidiano que retratam as narrativas das memórias e marcam a trajetória da saúde mental no território. Como estratégia, deve-se dizer que esse caminho é uma tradição consolidada na Psicologia Social que valoriza os aspectos do cotidiano e os micro-comportamentos (Bosi, 2003).

A crônica do cotidiano, que é descrita pela memória oral, “é sim, um trabalho sobre o tempo, mas sobre o tempo vivido conotado pela cultura e pelo indivíduo” (Bosi, 2003, p. 53). Ela consiste na reprodução discursiva de eventos nos quais os fatores sociais, políticos e psicológicos podem ser constatados e inferidos, suas causas observadas e as razões destas compreendidas por meio de sistematização da memória social. Bosi (2003) ressalta, por outro lado, a preocupação que o pesquisador deve ter com o estudo da memória oral, pois este “também tem seus desvios seus preconceitos sua inautenticidade” (Bosi, 2003, p. 18) e, ao mesmo tempo, “nós devemos também aprender a desconfiar da ‘sabedoria popular’” (Moscovici, 2015, p. 134). Isso significa que na análise dos depoimentos, como uma técnica de pesquisa, quanto mais o pesquisador trabalha “cotejando e cruzando informações e lembranças de várias pessoas, mais vai-se configurando a seus olhos a imagem do campo de significações já pré-formada nos depoimentos” (Bosi, 2003, p. 56).

Portanto, alicerçada no campo da Psicologia Social, esta pesquisa foi articulada para fazer emergir a memória social das mudanças nas ações da rede de saúde mental. O objetivo almejado por este estudo é traçar uma espécie de linha do tempo – trajetória – da rede de saúde mental e, com os marcadores temporais, compreender as potencialidades e as dificuldades que o território tem no desenvolvimento de suas políticas de saúde mental. Na construção dessa linha do tempo, buscou-se informações sobre as mudanças nas ações políticas, de tal modo que, posteriormente, favorecessem a reflexão sobre a conjuntura atual da saúde mental no território e favorecesse uma reflexão sobre a proteção do direito à saúde.

Se o objetivo desta dissertação é descrever a trajetória da saúde mental da região do M'Boi Mirim pela revisão bibliográfica, pela observação da rede complementar e pela memória dos trabalhadores, a estratégia elaborada oferece os elementos requeridos para respondermos às questões propostas. Através desses procedimentos, busca-se identificar a cadência das ações e suas nuances sociais e subjetivas.

Sendo assim, para emergir essa multiplicidade de perspectivas e alcançar o contexto da memória social das mudanças nas políticas públicas de saúde mental do M'Boi Mirim, é fundamental aproximar-se das características principais deste território em seus aspectos social, econômico, político e geográfico.

CAPÍTULO V – Resultados

1. Saúde mental no M'Boi Mirim: contexto das ações e objeto da memória social

Neste capítulo são apresentados os resultados coletados nas diversas fontes eleitas da pesquisa. Para fins de organização, ele está sistematizado em duas partes. Na primeira parte são descritos dados e informações sobre o M'Boi Mirim como território geopolítico e ambiente de saúde pública, onde é descrita a constituição histórica da rede de saúde mental da região e a construção de uma linha do tempo. Na sequência, temos um panorama da organização da rede atual. Para finalizar, temos a descrição do trabalho de coleta dos dados, a participação e a observação da rede complementar e dos espaços não institucionalizados do SUS respectivamente os Conselhos e os Fóruns.

Na segunda parte temos a análise do depoimento de um trabalhador da rede de saúde do território que atravessou mudanças nas ações das políticas públicas em saúde mental da região.

2. M'Boi Mirim – território de observação

O M'Boi Mirim é, em si mesmo, um lugar de grandes desafios. Sua principal condição aparece no conjunto de desigualdades sociais extremas, dentro de seu espaço e em comparação com outros bairros da cidade. Essas desigualdades são fruto de uma ocupação urbana desordenada, com transporte e mobilidade

sobrecarregados, déficits de equipamentos públicos e ou particulares de cultura e lazer, carência de vegetação e um histórico de insegurança local que estigmatiza o território, fatores são facilmente observados na convivência ou até mesmo de passagem pela região.

A descrição que segue oferece detalhes da história, dos indicadores sociais e dos recursos atuais, que têm sido fonte de pesquisas acadêmicas e, neste caso, contribui com a identificação de possíveis melhorias das condições sociais, econômicas e físicas da região.

O M'Boi Mirim é uma das subprefeituras regionais da cidade de São Paulo localizada na região sul, ocupando 62,74 km². Por convenção, esse território está dividido em dois distritos, o Jardim São Luís com 25,69 KM² (SEADE, 2016), mais próximo ao centro da cidade e o Jardim Ângela, com 37,05 KM², que faz fronteira com Itapeverica da Serra e Embu, dois municípios da região da Grande São Paulo.

Esse território também faz fronteira com a Represa do Guarapiranga, importante reserva de água potável para a cidade de São Paulo e patrimônio ambiental (Mendes, 2000). Atualmente a Represa é alvo de inúmeras pesquisas e projetos de proteção, pois desde sua inauguração, em 1909, a região vem recebendo urbanização irregular, ausência de controle público, descaso e oportunismo (Mendes, 2000).

O M'Boi Mirim tem a sua história associada ao distrito de Santo Amaro, pela proximidade geográfica e pelo fato desse distrito ter sido um município independente da cidade de São Paulo, que abrangia a Aldeia indígena de M'Boi, criada no início de 1600 e incluída, no século XIX (Mendes, 2000), como parte de seu território. Os nativos que viviam na Aldeia M'Boi, eram os índios da etnia Guaianazes (Mendes, 2000). Seu idioma, a língua Tupi, forneceu o nome para a região que significa Rio das Cobras.

Em artigo publicado na revista Digesto Econômico, de 1948, Sergio Buarque de Holanda relata a abertura do segundo engenho de fundição de minério de ferro das Américas, que foi instalado em agosto do ano de 1607, batizado como Engenho Nossa Senhora de Assunção de Ibirapuera, localizado no sítio de Ibirapuera ao lado

esquerdo do Rio Pinheiros – atualmente, uma parte da região do M'Boi Mirim, o Jardim São Luís. Consta que, esse engenho funcionou por 20 anos e extraía ferro de um afluente do Rio Pinheiros. No século XIX, por ordem do imperador Dom Pedro I, imigrantes alemães foram trazidos para fixarem-se em Santo Amaro (Mendes, 2000). Desse modo, a região foi se povoando e aumentando sua importância como núcleo urbano. Santo Amaro foi um município independente e sua incorporação à capital do Estado, em 1935, está associada à construção da Represa de Guarapiranga e ao interesse em transformá-la em pólo de lazer para a capital paulista (Mendes, 2000). Anteriormente Santo Amaro foi planejado como núcleo agrícola e abasteceu o mercado da cidade de São Paulo, entretanto, a construção da represa do Guarapiranga mudou esse perfil, considerando que sua construção tinha primeiramente como objetivo desviar a vazão do Rio Pinheiros e servir como fonte de energia hidroelétrica (Spink, 2014).

Atualmente, o M'Boi Mirim conta com uma população de 563.305 habitantes, densidade demográfica média de 9,071Hab/km², segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2010 (Brasil, 2010). Segundo dados da Fundação SEADE, em 1996, o M'Boi Mirim tinha uma população de 436 mil habitantes. Separadamente os distritos têm as seguintes densidades demográficas, no Jardim Ângela, em 1996 era de 5,75 Hab/km² passando para 7,83 Hab/km² em 2009. No Jardim São Luis, em 1996 era de 8,69Hab/km² passando para 10,31 Hab/km² em 2009.

A região do M'Boi Mirim é um local notadamente vulnerável em aspectos sociais e econômicos. Consta em inúmeras publicações que o Jardim Ângela já foi considerado pela ONU, em 1996, como o núcleo urbano mais violento do mundo. Esse fato está creditado a intensa ocupação urbana ocasionada pela oferta de empregos nas décadas de 60 e 70 na região de Santo Amaro. Este cenário mudou e a população viu-se desempregada e sem nenhum respaldo público. O tráfico de drogas passou a ser influente na economia local e com ele vieram as armas e seu funcionamento violento (Crowe, 2006). Consta que a maioria das vítimas eram jovens de 15 a 25 anos de idade (Crowe, 2006). De fato, o número de homicídios da população jovem, entre 15 e 29 anos está acima das médias. Segundo o Mapa da Desigualdade (2015) o número de jovens a cada 10 mil habitantes que têm como causa da morte o homicídio no Jardim Ângela é de 7,96/10mil habitantes e no

Jardim São Luís 9,06/10 mil habitantes no ano de 2015 em comparação aos bairros de Pinheiros e Moema que tiveram a proporção de morte por agressões de 0/10 mil habitantes no mesmo ano. Segue gráfico com as taxas de homicídio na população em geral da região de 1996 até 2016.

Fundação SEADE – 2016

Como pode-se observar neste gráfico o pico de violência ocorreu entre 1995 até 2001 havendo significativa diminuição a partir do ano de 2001.

Este índice de mortalidade por agressões alterou-se por diversos motivos. Houve um alto investimento de ONG's, associações de bairro e o poder público. Em relação a isso podemos pensar que “o histórico de violência que marca a região e as demais dificuldades vividas pelos moradores podem ter potencializado a emergência de espaços de participação que articulam as necessidades sociais e de saúde da população” (Santos, 2016). Em 1996, associações de bairro apoiadas pela Sociedade Santos Mártires organizaram uma caminhada, que acontece até o

presente ano. A Caminhada Pela Vida e Pela Paz auxiliou, com uma forte mobilização popular e a entrada de investimentos sociais, que de maneira gradual contribuíram para a melhora da cultura da violência e dos indicadores sociais (Crowe, 2006).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na região do M'Boi Mirim é de 0,773 (PNUD, 2016), alocado na 28ª posição entre os 31 distritos da cidade de São Paulo, e mesmo sendo o terceiro pior distrito de São Paulo esse valor é considerado alto na escala do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. O IDH é uma medida criada em 1998 para produzir um contraponto ao indicador do Produto Interno Bruto PIB que apenas avaliava a dimensão econômica de desenvolvimento de uma nação e ou comunidade. O IDH é aferido sobre três pilares: saúde, educação e renda. Nele são mensurados a expectativa de vida (saúde); o acesso ao conhecimento – escolaridade da população adulta somada ao fluxo escolar da população jovem (educação) e o padrão de vida, medido pela renda *per capita*, ou seja, pela renda média dos residentes daquela localidade.

Esse índice amplia o debate sobre a mensuração do que é o desenvolvimento humano, mas não abrange todos os aspectos, não representa a felicidade das pessoas, nem indica o melhor lugar no mundo para se viver. Nele, é omitido a mensuração do acesso aos bens e serviços de forma democrática, revelada pela oportunidade de participação, de equidade e de sustentabilidade entre outros aspectos (PNUD, 2016). O IDH funciona como um indicador e não caracteriza a totalidade de uma comunidade. Reconhecemos, afinal, que o nível de equidade do M'Boi Mirim em relação a outros bairros de São Paulo é significativamente inferior.

Outro indicador que auxilia no diagnóstico do território é o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) que permite identificar áreas onde predominam famílias expostas a diferentes níveis de vulnerabilidade. Este índice “baseia-se em dois pressupostos: que as múltiplas dimensões da pobreza devem ser consideradas em um estudo sobre vulnerabilidade social; e que a segregação espacial é um fenômeno presente nos centros urbanos paulistas e contribui decisivamente para a permanência dos padrões de desigualdade social que os caracterizam” (Fundação SEADE – IPVS, 2016). Neste índice foi criado uma tipologia de situações de

vulnerabilidade, agregando-se, indicadores de renda, escolaridade ao ciclo de vida familiar. Dividido em 6 níveis este indicador foi medido em 2010 no território do M'Boi Mirim

Distrito	Nível	% da população exposta
Jardim Ângela	Grupo 1 - Baixíssima Vulnerabilidade	0
Jardim Ângela	Grupo 2 - Vulnerabilidade Muito Baixa	7,5
Jardim Ângela	Grupo 3 - Vulnerabilidade Baixa	28,1
Jardim Ângela	Grupo 4 - Vulnerabilidade Média	11,1
Jardim Ângela	Grupo 5 - Vulnerabilidade Alta	29
Jardim Ângela	Grupo 6 - Vulnerabilidade Muito Alta	24,3

Distrito	Nível	% da população exposta
Jardim São Luis	Grupo 1 - Baixíssima Vulnerabilidade	0,4
Jardim São Luis	Grupo 2 - Vulnerabilidade Muito Baixa	27,1
Jardim São Luis	Grupo 3 - Vulnerabilidade Baixa	37,5
Jardim São Luis	Grupo 4 - Vulnerabilidade Média	16,1
Jardim São Luis	Grupo 5 - Vulnerabilidade Alta	6,2
Jardim São Luis	Grupo 6 - Vulnerabilidade Muito Alta	12,8

Esse indicador pode ser observado também por meio do gráfico que segue:

Este índice de vulnerabilidade medido no M'Boi Mirim em 2010 demonstra, primeiramente, as diferenças sociais entre os distritos do Jardim Ângela e do Jardim São Luís. O Jardim São Luís é um distrito que tem melhores condições sociais, 60% de seus habitantes vivem em baixo ou muito baixo nível de vulnerabilidade social, mas chega a ter 12,8% de seus habitantes em condições de vulnerabilidade muito alta, mantendo o distrito em frágil condição social. O distrito do Jardim Ângela vive uma condição social ainda mais frágil, 65,4% de sua população vive com índices de vulnerabilidade social entre média, alta ou muito alta, levando em conta que este índice considera que a questão espacial dos grandes centros urbanos é determinante nas condições sociais, o Jardim Ângela é a parte mais afastada do centro, mais periférica, sendo assim a mais vulnerável e distante dos recursos sociais do centro da cidade.

Para além de compreender os indicadores objetivos do território é preciso entender quem é este cidadão que vive e transforma diariamente este local. Como nascer, educar-se, trabalhar e ter saúde e saúde mental em um território com tais índices? Considerando que os bons indicadores sociais são condicionantes à saúde, como desenvolver políticas públicas que promovam a melhoria e o desenvolvimento do território? Em dissertação de mestrado, Mendes (2014), que além de pesquisador

do território também foi residente da região, relata sobre como foi crescer neste ambiente:

A pobreza e a fome espalhadas pelas casas sem quintais; as mulheres sem emprego, de olhos roxos com hematomas e fraturas causadas por “amor” de homens “bandidos”; as enchentes e leptospirose do córrego Pirajuçara; o estopim de pólvora com cheiro de morte nas vielas e escadões; a escola Estadual como complemento alimentar; ser seguido por seguranças de preto nos corredores de supermercados e *Shopping Centers*; ficar de pernas e mãos arreganhadas num muro qualquer, com a nuca enrijecida pelo ferro frio de uma pistola ponto quarenta e o calor do hálito policial, em um suposto procedimento para minha própria segurança ao interrogar de onde e para onde eu ia. Tudo isso era vivido como natural. Na fala da época: “Normal” (Mendes, 2014 p. 11).

Assim, entender um território e suas vocações, pode ser uma das justificativas para que se implantem não somente políticas públicas, mas para que se compreenda a identidade cultural de seus moradores e a associação de interesses e necessidades das comunidades. Viabilizar o entendimento sobre o M’Boi Mirim como também é a finalidade deste trabalho, requer a explicitação da estruturação da rede pública de proteção à saúde nessa região.

3. A rede de saúde e saúde mental ontem e hoje

3.1. A construção da rede de saúde mental no M’Boi Mirim

As informações descritas a seguir foram colhidas na literatura publicada em fontes formais como livros, sites do governo e publicações acadêmicas e também de informações colhidas pela pesquisadora em seu tempo de trabalho e pesquisa no território e ainda há outras informações reveladas no depoimento de memória social do trabalhador da rede.

A rede de saúde mental no M'Boi Mirim tem sua história marcada junto aos movimentos sociais e ao SUS. Como dito anteriormente, a intensa ocupação desordenada e sem planejamento que ocorreu nas décadas de 1960 e 1970, ligada ao processo de construção de fábricas na região de Santo Amaro, culminou em graves problemas sociais e de infraestrutura. Em registro do Diário Oficial do Estado - DOE de 11 de junho de 1981, fica evidente a intensidade destes problemas. Neste documento está relatado uma enérgica organização comunitária para reivindicar investimentos na área da saúde e saneamento básico para região. Ficou registrado em uma assembleia a presença de mais mil moradores no dia 26 de Abril de 1981, no bairro da Vila Remo, região do Jardim Ângela. Segundo consta no DOE, estava prevista que essa reunião deveria ter a presença do então secretário da Saúde do Estado de São Paulo, Adib Jatene que não compareceu. Em cartas publicadas na edição acima citada, os moradores do M'Boi Mirim demonstraram repúdio a essa ausência e convocaram as autoridades para, em caráter de urgência, investir em saúde e tratamento de esgoto. Segue trecho da carta principal que contou com 20 mil assinaturas:

Dr. Reinaldo de Barros, Prefeito Municipal,

Dr. Adib Jatene, Secretário da Saúde do Estado,

Dr. Mario Altenfelder, Secretário de Higiene e Saúde do Município,

Dr. Oscar Souza Telles, Presidente da SABESP,

Autoridades Presentes,

- É como servidores do povo no governo, mantido com o dinheiro que duramente pagamos nos impostos, que esperamos que os senhores nos ouçam aqui nesta reunião.

- Nós moradores do M'Boi Mirim organizamos esta assembleia para levar ao conhecimento das autoridades responsáveis as gravíssimas dificuldades que enfrentamos no setor de saúde, dificuldades essas que poderiam ser evitadas se tivéssemos algumas condições mínimas de atendimento. E toda essa situação os senhores já conhecem.

-Somos 600 mil pessoas e não temos nenhum hospital. Observamos que no centro da cidade de São Paulo há hospitais. Nós que trabalhamos por salários que não dão para viver, não dão para alimentação, moradia, educação, vestuário e transporte estamos sem uma assistência para um dos direitos básicos da pessoa humana:

assistência à Saúde!!

(...)

Atenciosamente

Ilegível (DOE, Sec.1, São Paulo, 91 (109) quinta feira, 11 jun. 1981)

Na sequência dessa publicação seguem outras cartas de associações dos bairros do território do M'Boi Mirim, com grande ênfase nos mesmo pedidos: instalação de hospitais, posto de saúde e rede de esgotos.

De acordo com informações colhidas em campo a primeira instalação de saúde pública na região foi o Posto de Saúde Chácara Santana, na Rua Baltazar de Sá nº 30, em 1979, administrado pela prefeitura da cidade de São Paulo. Consta em documento do Diário Oficial do Estado de São Paulo, do dia 05 de Maio de 1979, a reforma do imóvel para a instalação (DOE, 1979). Este Posto de Saúde constava do projeto de lei 82-78 que regulamentava, Postos de Saúde, Prontos Socorros, e Hospitais Gerais a serem abertos na cidade de São Paulo e que deveriam servir somente aos cidadãos conveniados do INAMPS, Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (DOE, 1978). Beneficiários desse convênio eram os trabalhadores do mercado de trabalho formal, cidadãos desempregados buscavam atendimentos beneficentes das Santas Casas de Misericórdia.

Importante equipamento de saúde mental na região foi o Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora do Caminho, fundado em 1965, que atendia demanda privada e beneficente. O serviço beneficente era realizado somente para mulheres, até o ano 2001, quando mudou sua diretriz para atender demanda do SUS (Oliveira, 2008). Este hospital, apesar de não regionalizado também atendia pacientes do território que chegavam até a sua porta para buscar atendimento.

O Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora do Caminho, contava com a forma tradicional de assistência: internação, tratamento medicamentoso e eletroconvulsoterapia - ECT. O primeiro assistente social somente foi contratado, em 1987. Antes desse período o trabalho em rede e a ampliação do trabalho clínico, para além dos muros do hospital não faziam parte do modelo de saúde. Foram as pressões dos movimentos sociais que trouxeram ao equipamento a ação do cuidado mais multidisciplinar. A aplicação da eletroconvulsoterapia foi proibida neste estabelecimento, e atualmente só existe um lugar na cidade de São Paulo, em que

a ECT é permitida e executada: o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo

O território não foi contemplado pela primeira política de reforma nos cuidados com a saúde mental, o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, coordenado pelo Governo do Estado com a orientação de Franco Montoro. Este plano incluiu equipes em postos de saúde a partir de 1982 e abriu o caminho para uma atenção comunitária.

As primeiras equipes de saúde mental chegaram no território em 1989, fazendo parte da administração municipal, com a prefeita Luiza Erundina, que implementou um programa comunitário, enfatizava políticas alternativas aos hospitais psiquiátricos dando prioridade a atendimentos em ambulatorios e hospitais gerais.

No entanto, durante a sua existência como política pública, estas equipes também influenciaram o cotidiano de trabalho do Hospital Nossa Senhora do Caminho, que passou a ser visto como um equipamento do território e da rede de saúde. Atualmente a ideia do trabalho em rede é bastante difundida e soa até como natural no cotidiano de ações do trabalho na área da saúde, mas como vimos, nem sempre foi assim.

No M'Boi Mirim podemos observar, por meio da rede de atenção psicossocial, que foram necessárias a sensibilização, a formação e a adaptação ao trabalho nesse formato. No caso das equipes de saúde mental instaladas no território, é possível relatar que, com os recursos administrativos e tecnológicos disponíveis na década de 80, as reuniões que aconteciam foram a semente que se desenvolveria com a atual rede de atenção psicossocial. Essas equipes lidavam com a legislação e as políticas de saúde da época, voltadas à saúde do trabalhador - o INAMPS, e ainda com a hegemonia da internação psiquiátrica.

Após 1989, as reuniões que aconteciam no território tinham a presença de técnicos do hospital e das equipes de saúde mental dos Postos de Saúde, com a finalidade de discutir a situação de pacientes que eram compartilhados entre os serviços da rede. Os técnicos do Hospital relatam que sofriam preconceito nessas

reuniões e que os funcionários da instituição psiquiátrica eram vistos como retrógrados e hospitalocêntricos. A resistência a esse equipamento e a equipe a que ele pertencia, como parte da rede, era esperada, pois o objetivo das novas equipes do território era quebrar este paradigma da internação. A postura resistente em relação ao Hospital fazia também parte da Luta Antimanicomial, movimento social que surgiu no final da década de 70 e que tinha, como um de seus objetivos, zerar os leitos em hospitais psiquiátricos. Essas equipes encontraram junto as atividades realizadas pelo Nossa Senhora do Caminho um trabalho com abrangência e tradição e, em relação ao território e a construção de um diálogo foi necessária. Mesmo sendo uma instituição tradicional, com internação psiquiátrica e o ECT o Hospital era bem visto por parte da prefeitura, isso porque, era positivamente avaliado nos exames das dependências estruturais e das condições dos internos. Com relação a esse aspecto não havia conflito junto ao hospital, e pouco houve ao longo de sua existência. A maior questão entre as novas equipes e o Hospital foi a quebra do paradigma hospitalocêntrico para com os cuidados com o sofrimento psíquico. Dito isto, o Nossa Senhora do Caminho, mesmo com as resistências, era considerado como parte da rede de cuidados. Importante ressaltar que, este cenário de cuidados adequados era comum apenas à minoria dos hospitais psiquiátricos brasileiros, que na maioria das vezes sofriam frequentemente com a superlotação, a falta de higiene, a tortura e a fome, como foi o caso do Hospício de Barbacena, relatado em um livro intitulado Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013). Essa realidade estava convocada a ser transformada e, para tal, não poderiam haver concessões.

Cabe ressaltar que, a quebra de uma paradigma como a hegemonia da internação psiquiátrica era e se mantém necessária mas, encontra o tempo, como um fator dificultante para atingir seus objetivos. O tempo de transformação das práticas é diferente e maior do que tempo da transformação das ideias, ou seja, mesmo com a consciência dos prejuízos que uma longa internação psiquiátrica pode trazer para a saúde mental das pessoas, a transformação das práticas nas instituições acontece de maneira gradual. Podemos refletir que no hospital psiquiátrico o “muro” a ser derrubado era, e talvez ainda seja, muito alto e resistente e que uma estratégia de transformação é o trabalho em rede, que certamente, é um recurso a ser usado, no sentido de construir novas formas de cuidar tendo-se como meios os recursos da vida social e comunitária.

Aspectos dessa transformação são visíveis hoje no M'Boi Mirim. O Hospital foi referência para a rede de saúde do M'Boi Mirim, assim como para outros territórios do município, até o encerramento de seus leitos SUS, em 2016, o que acabou por ocasionar o fechamento do Hospital Nossa Senhora do Caminho.

O SUS, que se oficializou no país em 1989, tem uma implantação gradual e contínua nas comunidades e distritos por todo o país. E é na observação de um território como o M'Boi Mirim que este processo fica claro. Do direito à saúde universal à criação de políticas sociais que garantissem o acesso e, ao mesmo tempo cumprissem os preceitos de saúde da reforma sanitária - a saúde pensada de forma coletiva - muitos programas foram testados até que se alcançasse o formato usado atualmente, a Estratégia Saúde da Família - ESF.

No M'Boi Mirim, essa política foi implantada em 2001 e atualmente, a região é integralmente coberta pela ESF. O NASF (Núcleo Assistência à Saúde da Família), surgiu no território em 2008, e contava com o apoio matricial para a saúde mental com os seguintes profissionais: psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra. A implantação da ESF no M'Boi Mirim contribuiu para melhora nos índices de violência do território, conforme relato: “É consenso entre os movimentos da região que a queda da violência é consequência da soma de pequenas ações da sociedade civil organizada e a sua interação com os governos, como é o caso da implantação do Programa Saúde da Família” (Crowe, 2006, p. 91).

Entendendo-se que a ESF é uma sistemática de implantação da Atenção Primária à Saúde no SUS, como explicado anteriormente no Capítulo II, essa estratégia surge em decorrência da evolução do programa paulista de Qualidade Integral à Saúde – QUALIS, no ano de 1996 (Capistrano, 1999). Essa experiência foi implantada no ano de 2001, no M'Boi Mirim no Posto de Saúde Alto do Riviera.

A construção da rede de saúde mental no M'Boi Mirim foi, outrossim, influenciada pelas alterações significativas na gestão dos equipamentos em todo o país. Isso porque, como já considerado anteriormente e, com a finalidade de viabilizar a implantação dos princípios do SUS e dentro de uma escolha ideológica, foi definida como estratégia política, a parceria com Organizações Sociais para a gestão dos equipamentos e espaços públicos não estatais. Nessa perspectiva, essa

modalidade também foi implantada no município de São Paulo com a finalidade de gerir os novos equipamentos de saúde. E a partir desta política pública a primeira parceria do SUS com uma OS, no território do M'Boi Mirim foi firmada em 2001 com a Associação Santos Mártires na abertura do CAPS Álcool e Drogas.

Outro importante equipamento conquistado para a saúde pública no território foi o Hospital Geral do M' Boi Mirim, inaugurado em 2009. Sua implantação está ligada ao movimento social Fórum de Defesa da Vida, que em 2003 organizou duas passeatas. A primeira reuniu sete mil pessoas e resultou no comprometimento da secretaria municipal de saúde na aquisição do terreno e construção desse Hospital e a segunda reuniu oito mil pessoas (Santos, 2016) que redundou na criação do Hospital Geral para o território do M'Boi Mirim.

Hoje, no M'Boi Mirim existem três CAPS que foram implantados a partir de movimentos da sociedade civil organizada que avaliava e debatia as necessidades do território. O primeiro foi o CAPS Álcool e Drogas Jardim Ângela instalado em 2001, sob a gestão das OSs - Sociedade Santos Mártires e Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. O segundo foi o CAPS M'Boi Mirim que iniciou funcionamento em 2006, em parceria público - privada entre Município e as Irmãs Hospitaleiras. Por último foi instalado no território o CAPS Infante Juvenil em 2012, sob a gestão da OS Centro de Estudos João Amorim – CEJAM.

Ainda como parte da Lei da Reforma Psiquiátrica, que prioriza o cuidado de forma comunitária e desinstitucionalizada, foi implantado, em 2008, o Serviço Residencial Terapêutico – SRT feminino, em parceria público - privada entre Município e as Irmãs Hospitaleira.

O Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO – Guarapiranga, desde 1992, integra também a rede de atenção psicossocial e atende toda a comunidade do território, sendo um espaço de cuidado e inclusão social que realiza encontros de livre acesso e participação.

A presença desses equipamentos de cuidados em saúde e saúde mental, no território, podem ser percebidas as mudanças no M'Boi Mirim que ocorreram a partir da urbanização, conquistas sociais, movimentos reformistas e macro políticas, como

segue:

3.2 A rede atual de saúde e de atenção psicossocial

A rede de saúde pública no território do M'Boi Mirim é gerida hoje, quase que exclusivamente, por Organizações Sociais (OSs) e com parcerias público-privadas.

Atualmente, no M'Boi Mirim existem 52 equipamentos de saúde. Três desses serviços com gerenciamento direto da prefeitura, o restante é gerenciado por Organizações Sociais através de contrato de parceria público-privada. As OSs são: a Associação Monte Azul, Hospital Albert Einstein e o Centro de Estudos e Pesquisa “João Amorim” o CEJAM. A parceria público-privada é exercida pela Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e supervisionada pelo poder público municipal.

A seguir, podemos observar a tabela 1 com os equipamentos de saúde do território. Pôde-se observar que constam dois hospitais municipais, pois foi incluído também o Hospital do Campo Limpo, que não pertence à subprefeitura do M'Boi Mirim, mas esta localizado dentro do perímetro do território.

Desse modo, a rede pública de saúde do M'Boi Mirim é composta pelos seguintes equipamentos:

Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Subprefeitura - Dezembro de 2016*

COORD. REG. DE SUPERINTENDIA	UBS	Rede de Atenção Especializada Ambulatorial										Atenção ao Urgo/emerg		SAÚDE MENTAL										SAÚDE BUCAI			REABILITAÇÃO				SAU	UNIS	CR ST	CR MTHPS	Unid Apoio Educat Terapia	Outros Educat Serviços	SUVIS	Total Educat/ Serviços
		AMA 12h	HORA CERTA - Hosp Dia	AMA CERTA - Hospitalar	AMB ESPEC	AMA E	PSM e PA	UPA	AMA 24h	HM AD	CAPS AD	CAPS ADULTO	CAPS U	CECCO	RT	UAA	UAI	PSICO	REAB	CR	CTA	SAE	CEO	CI	Unid Movel	CEI III	CEI IV	NR	NSA									
SUL	MBOL/MBM	26	5	2	2	1	-	1	-	1	-	2	1	1	1	1	1	1	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	52

Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Subprefeitura - Dezembro de 2016*

Legenda:

UBS - Unidade Básica de Saúde	AMA - Assistência Médica Ambulatorial (12h)
Rede de Atenção Especializada Ambulatorial	HORA CERTA - Hospitalar
AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades	HORA CERTA - Hospital Dia
PSM - Pronto Atendimento Municipal	AMB ESPEC - Ambulatório de Especialidades
UPA - Unidade de Pronto Atendimento	AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
AMA - Assistência Médica Ambulatorial (24h)	PSM - Pronto Atendimento Municipal
IM - Hospital Municipal	PA - Pronto Atendimento
CRS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	UPA - Unidade de Pronto Atendimento
CRS ADULTO - Centro de Atenção Psicossocial Adulto	AMA - Assistência Médica Ambulatorial (24h)
CECCO - Centro de Convivência e Cuidados	
RT - Residência Terapêutica	
UAA - Unidade de Atendimento Adulto	
UN - Unidade de Atendimento Infantil/Adolescente	
PSCO - Centro de Referência em DST/AIDS	
REAB - Centro de Referência em Reabilitação	
CR - Centro de Referência e Acolhimento em DST/AIDS	
SAU - Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS	
CI - Centro de Referência em Reabilitação	
Unidade Odontológica Móvel	
Unidade Odontológica Fixa	
CEI II - Centro Especializado em Reabilitação II	
CEI III - Centro Especializado em Reabilitação III	
CEI IV - Centro Especializado em Reabilitação IV	
NR - Núcleo Integrado de Reabilitação	
NSA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva	
REABILITAÇÃO	
SAO - Serviço de Atenção Domiciliar	
UBS - Unidade de Referência Saúde do Idoso	
CR ET - Centro de Referência Saúde do Trabalhador	
CR MTHPS - Centro de Ref. Médico, Terapêut. e Práticas Integrativas de Saúde	
CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem	
LAB - Laboratório	
Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmissíveis por Vetores	
Casa do Parto	
CASA SER - Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva	
CHEN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional	
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses	
CCI - Centro de Controle da Intoxicação	
SUVIS - Supervisão de Vigilância em Saúde	

Equipamentos e Organização Social

Equipamento	Hospit al Geral	UBS	CAPS II Adulto	CAPS III Álcool e Drogas	CAPS Infantil	RT	CECCO	AMA/UBS Integral AMA 12h/ AMA-E	Hora Certa /Hospitalar	UPA	SAE	CEO	CER IV	SAD	SUVIS	TOTAL
Organização Social:																
Associação Monte Azul		14														
Hospital Albert Einstein	1															
CEJAM	X	18		1	1			5	2			1	1	3		
Irmãs Hospitalareiras			1			1										
Gestão Prefeitura							1			1	1				1	
TOTAL	1		1	1	1	1	1		2	1	1	1	1	3	1	

Tabela 2

Na tabela 2 pôde-se observar a distribuição dos serviços por Organizações Sociais. A CEJAM é a OS, com mais equipamentos, seguida pela Monte Azul, Irmãs Hospitaleiras, prefeitura e Albert Einstein. Os serviços de saúde mental, destacados em vermelho estão distribuídos em duas OS diferentes mais a prefeitura.

Também podemos destacar que ao analisar a rede de saúde que compõe a assistência do território M'Boi Mirim, associada a outros índices e indicadores, constata-se, por exemplo, *déficits* em escala numérica da proporção esperada entre habitantes/equipamentos e habitantes/técnicos de saúde. Os indicadores do Mapa da Desigualdade (2015), mostram que este número de UBSs é insuficiente para a população desse território, que tem direito aos benefícios oferecidos pelo SUS, como programa de assistência à saúde. No distrito do Jardim Ângela a proporção que deveria ser 1 UBS/10 mil habitantes é 0,598 UBS/10 mil e no Jardim São Luís 0,467/10mil habitantes. Entretanto, temos que considerar que outros dados oficiais, que desagregados poderiam trazer informações mais precisas sobre a adequação da proporcionalidade para esse território.

4. Fóruns e Conselhos de Saúde Mental do M'Boi Mirim

A observação e a vivência desta pesquisadora sobre o funcionamento dos Fóruns e Conselhos complementam o quadro sobre as condições de saúde mental desse distrito. Estes foram: o Fórum de Defesa da Vida, o Fórum de Pesquisadores, o Fórum de Saúde Mental, e a Reunião do Conselho Gestor da Saúde M'Boi Mirim.

O conhecimento desta rede complementar, assim denominada nesta dissertação, é composta por fóruns e conselhos que atuam no território e que contribuem para ampliar as ações de proteção à saúde. Essas atividades e vivências tiveram início entre 2015 e 2016, durante três semestres, quando foi realizada a exploração do campo e foram buscados possíveis lugares de observação de

espaços institucionais e comunitários abertos à comunidade e de interesse desta pesquisa.

Nessa rede complementar foi observado o funcionamento do Fórum de Defesa da Vida, que tem o objetivo escutar, observar, refletir e criar ações e dispositivos de mudança para a comunidade que o cerca. Nesse espaço, foram trazidas questões ligadas à convivência urbana, tais como mobilidade, saúde, educação, acesso à cultura, violência local, segurança pública, moradia, meio ambiente sustentável, trabalho/emprego/geração de renda, entre outras. As reuniões são mensais e acontecem em uma igreja católica - a Paróquia Santos Mártires.

A experiência de campo no Fórum de Defesa da Vida serviu para a observação, sensibilização e vivência do território. As reuniões aconteceram na região central do Jardim Ângela. Suas atividades iniciaram-se em 1996, ano em que o Jardim Ângela foi considerado como a área urbana mais violenta do mundo pela ONU. O principal objetivo do Fórum, em seu início, era a superação e o debate sobre o descaso dos órgãos públicos em relação à região e seus altos índices de violência (Santos, 2016). Por ser um espaço aberto à comunidade e de ampla divulgação, houve muita diversidade entre os participantes. Eram homens, mulheres, crianças, adolescentes, adultos, idosos, moradores, trabalhadores da rede de saúde, assistência social, educação, meio ambiente, habitação, segurança, funcionários de ONGs, lideranças de movimentos sociais, grupos culturais, estudantes, pesquisadores, políticos entre outros interessados nos variados temas debatidos.

O Fórum se organiza por temas. Os temas saúde e saúde mental foram pauta de reuniões e debates no segundo semestre de 2015. Nesse período de observação do campo, a prefeitura decretou o fechamento de todos os leitos psiquiátricos do SUS do Hospital Nossa Senhora do Caminho, equipamento da rede privada de saúde na região que contava com leitos conveniados e servia como importante retaguarda de acolhimento a pacientes em situação de crise em seus leitos SUS.

Numa plenária do Fórum de Defesa da Vida, as autoridades responsáveis da saúde do município relataram as motivações que levaram o fechamento dos leitos SUS decisão que teve como sustentação a Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica que prevê o fechamento gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos e dá

preferência para que esses leitos sejam distribuídos nos chamados serviços substitutivos, como os CAPS III (equipamento da saúde mental estratégico com hospitalidade noturna), Residências Terapêuticas (SRT) e leitos em enfermarias de Hospitais Gerais.

Seguiram-se os debates, e as justificativas basearam-se na lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. A comunidade de trabalhadores e usuários do SUS mostrou-se contrária a esta decisão, apesar do coletivo do Fórum definir-se favorável a lei da Reforma Psiquiátrica. Percebeu-se nessa ocasião o conflito. De fato, é um paradoxo pedir que não se fechem leitos de hospitais psiquiátricos e, ao mesmo tempo, defender a Reforma. O fechamento gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos foi previsto na lei de 2001, mas a Rede de Atenção Psicossocial do território deveria oferecer cobertura suficiente, considerando que, no cotidiano das soluções de usuários em crises psiquiátricas, os leitos do Hospital Nossa Senhora do Caminho fechados serviam como retaguarda de assistência às situações agudas. Outros temas que também tratam da promoção da saúde mental, tais como cultura, educação, sustentabilidade e segurança também foram debatidos no Fórum.

O segundo Fórum observado foi o de pesquisadores, um grupo de acadêmicos, alunos e professores, ligados a universidades e aberto à comunidade em geral, reúnem-se mensalmente para trocar experiências e apresentarem suas pesquisas. Entre os participantes ocorreu a tentativa de construção de trabalho conjunto para ampliar o conhecimento do território e dividir resultados, constatações e informações. As ações desse grupo de pesquisadores demonstram que o M'Boi Mirim é um lugar que oferece a oportunidade para muitos questionamentos e, portanto, a produção de estudos científicos e de esclarecimentos e mobilização popular. Há várias pesquisas em andamento, que dizem respeito a esse território, nas áreas de cultura, educação, saúde, habitação, mobilidade urbana, direitos humanos, violência etc.

O terceiro espaço da rede complementar observado foram as reuniões do Conselho Gestor da Saúde M'Boi Mirim, que se caracterizam por encontros de gestão participativa. São convocados conselheiros do território, já previamente eleitos por seus equivalentes, de seus respectivos segmentos: usuário da saúde,

trabalhador e gestores. Esse é um espaço garantido pela Lei nº 8142 de 1990, que dispõe sobre a participação popular e financiamento dos serviços. Nessa direção, o trabalho do Conselho tem como objetivo a avaliação do cumprimento das diretrizes da citada Lei no território, e na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (Lei 8142 de 1990, sobre a Participação e Financiamento do SUS).

Ainda, é importante observar que, nessas reuniões, a forte representação da esfera dos usuários que, via de regra, fizeram a maior parte das reivindicações, reclamações e exposição de conflitos. Os outros segmentos funcionavam como receptáculos dessas reclamações e, na perspectiva dos usuários eram os responsáveis por buscar soluções, ou seja, pareciam ocupar um lugar de responsabilidade em responder às reivindicações. Pode-se levantar a hipótese de que não há horizontalidade entre os conselheiros, nas inter-relações, ou seja, o principal objetivo do espaço, de ser um coletivo sem hierarquias e com poder deliberativo perde-se nas relações que ali são vividas. Em relação à temática da saúde mental, foram relatadas a superlotação dos serviços existentes, a sobrecarga de atendimentos pelos técnicos e a possível abertura de novos serviços de saúde mental na região.

Finalmente, o quarto espaço observado foi o do Fórum de Saúde Mental, promovido pela Supervisão Técnica de Saúde Sul, órgão administrativo responsável pela supervisão e avaliação dos serviços instalados na região, subordinado à Secretaria de Saúde do Município da capital. Esta reunião acontece trimestralmente e são convidados a participar todos os trabalhadores da rede de saúde mental do território. Este é um espaço de troca no qual são discutidas temáticas da rede e casos específicos.

Nesse espaço de discussão, a temática mais recorrente foi a questão dos encaminhamentos dos usuários entre os diferentes serviços. Todos os pontos da rede, Hospital Geral, CAPSs, SRTs, NASF, UBSs, equipamentos da secretaria da assistência social e ONGs, apresentavam as dificuldades que tinham para

encaminhar seus usuários para outros serviços. Demonstravam terem dificuldades de compreensão dos critérios de inclusão e exclusão de outros serviços e relatam outrossim, serem também pouco compreendidos nos seus encaminhamentos. Outra questão observada nesse Fórum foi o desconhecimento de serviços oferecidos pela própria rede. De um modo geral, foi notado que este Fórum parece ser positivamente produtivo na visão dos trabalhadores participantes, embora tenha sido constado que a participação era de uma minoria de representantes da rede.

Nesses quatro pontos vivenciados na rede complementar no campo, foi possível observar as lacunas e carências que a rede de saúde mental do M'Boi Mirim vive. Nesses espaços, fica evidente a grande dimensão do território, em número de problemas, mas também na potencialidade de mudanças e construção de um horizonte mais justo, saudável e a proteção do direito à saúde a partir dessa rede.

Essa observação de campo consistiu, portanto, na identificação, a partir dos espaços acima descritos, de aspectos sobre o funcionamento regular da rede de saúde, na região do M'Boi Mirim, que completam a observação, das lacunas e também potencialidades dessa rede de saúde que, se trabalhadas em conjunto (usuários, profissionais e gestores) poderiam trazer melhorias significativas para o território e para a proteção do direito à saúde.

5. Memória Social do Trabalhador

A memória social do trabalhador relatada a seguir está organizada com destaque a trechos da fala do depoente e tem a interpretação direcionada para a memória social aqui buscada. O conteúdo deste depoimento contribuiu com informações relevantes para esta pesquisa, pois ofereceu o testemunho de um trabalhador que esteve por mais de vinte anos no território com experiência e envolvimento nas atividades e nas ações dos serviços de saúde mental do M'Boi Mirim.

É importante ressaltar que este testemunho é, naturalmente, parcial, pois parte do reconhecimento da subjetividade, crenças e normas implícitas na memória que são impostos ao depoente e que o obrigam a encontrar suas bases e dados comuns apoiados na memória coletiva (Halbwachs, 2015), ou seja, o depoimento é sempre tomado por afetos, valores, críticas, juízos e o conjunto da memória social que o cerca. Além deste aspecto, podemos também inferir que o depoimento foi escutado a partir de sua ótica política e ideológica, conforme atestam as passagens sobre as mudanças nas ações de saúde mental aqui transcritas.

O depoimento revela três mudanças significativas nos rumos das ações em saúde mental. A primeira é a observação de que o SUS, por meio de seus princípios universais, como já esperado, regula a rede privada de assistência à saúde mental e os insere nas transformações do cotidiano do hospital. A segunda mudança foi a abertura do CAPS M'Boi Mirim Adulto, compondo parte da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. A terceira mudança foi a chegada da gestão terceirizada no território, impactando nos afetos, nos desejos e nas expectativas da rede já existente.

Em relação à primeira mudança, podemos observar que os movimentos sociais trouxeram ao Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora do Caminho modificações que aconteceram por pressões que foram de fora para dentro. Como dito

anteriormente, esse equipamento localizado na região do M'Boi Mirim teve sua inauguração em um período em que a hegemonia da internação psiquiátrica ainda era muito presente, mas, no decorrer do tempo, as políticas públicas implantadas ocasionaram o fechamento gradual de leitos, “como uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político social” (Amarante, 2009, p. 87).

Nas crônicas desse depoimento sobre o Hospital, vemos o reconhecimento dos princípios nos quais o SUS se baseia, nomeadamente no Art.196 da Constituição Federal de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A memória coletiva faz lembrar que a década de 1980 foi um fértil período de transformações sociais e de forte transformação do paradigma dos cuidados com o sofrimento psíquico. O depoente relata sobre o clima institucional no Hospital quando de sua chegada:

“...Eu entrei em novembro de 1987... Aí, tinha essa preocupação já de... de... desinstitucionalizar as pessoas que estavam há mais tempo do que seis meses. Então, criou-se um... como se fosse o semáforo, o vermelho, quem estava, há bastante tempo, há mais de dois anos. Amarelo era uma pessoa que estava em perigo, mais de seis meses. E o verde, a gente não tinha que se preocupar muito com esse tempo (...) O Ministério da Saúde era envolvido nisso... Eles mandavam uma equipe pra dar uma nota pro hospital, então essa era uma visita assim importante porque eles olhavam tudo, o piso, a limpeza e do que você oferece, né?”.

Por esse fato, o depoente reconhece a universalidade do direito à saúde, mas conforme relatado denuncia a dificuldade de sua implementação e as deficiências das estruturas responsáveis pela garantia desse direito. Infere-se desse depoimento que o direito à saúde é uma exigência constitucional e que, mesmo os lugares de cuidados privados devem considerá-lo, independentemente de suas normas e código de condutas próprios.

Nesse depoimento, fica claro que a instituição realizava, em 1987, o movimento de mudar seu padrão de trabalho, ou seja, a internação a médio e longo prazo não seria mais tolerada e essa era uma exigência imposta por um ente público. Para este depoente, esta mudança na ação era importante e de caráter externo ao hospital.

Isso fica confirmado no trecho abaixo, no qual se destaca a preocupação da depoente com a desinstitucionalização real e os problemas enfrentados para a realização dessa diretriz. Em sua opinião, essa mudança exigia que todos os setores da sociedade deveriam se reorganizar: instituição, governo e famílias. Fica claro, na sua visão, que o simples cumprimento de regras e normas não era suficiente para oferecer os cuidados necessários aos pacientes, diante das dificuldades de entendimento das famílias daquilo que o sistema de saúde pública passou a considerar a respeito do que é saúde mental.

“Não adianta você falar, “Vamos abrir” (as portas do hospital), se na cabeça das pessoas é um outro problema, né? Então, as altas, realmente, eram nosso maior problema”.

“Os pacientes chegavam lá até sem nome, né? Às vezes, colocava-se o nome na pessoa, aí, com o serviço social que ia descobrir... que aquele nome não era da pessoa...”.

“Tinham muitas famílias que a gente não sabia nem onde estavam...”.

“Tinham algumas pessoas que as famílias falavam: olha, a gente não pode levá-la pra casa, então a gente doa. Porque esses pais falavam assim: a gente é velhinho, né, idosos...”

“A família até vinha visitar, mas falava que estava de alta... Saía correndo, entrava por um portão e saía pelo outro”.

“Internavam o familiar com nome diferente, endereço diferente e muitos vinham sem acompanhantes...”.

Os relatos sobre o ponto de vista e as atitudes das famílias demonstram que o sofrimento psíquico tinha pouco espaço de convivência social dentro da instituição familiar, talvez levadas, pela própria concepção social de que o sofrimento psíquico quando surgia deveria ser isolado para ser tratado. Cuidar de um parente em intenso sofrimento psíquico pode ser fisicamente e psicologicamente desgastante e até mesmo financeiramente custoso. O cenário de se ter um lugar que pudesse cobrir todos esses desgastes, encaixava-se perfeitamente nas condições dessas famílias. Assim, levar um ente para o hospital, era talvez deixá-lo à própria sorte. Fica claro no depoimento que abandonos eram comuns. A tão desejada desinstitucionalização não tinha como acontecer da noite para o dia, o processo de transformação era, portanto, institucional e nas ideologias das famílias.

Percebemos como o enfoque institucional pode ser transformador de uma ideologia no relato sobre a relação com famílias. No CAPS, percebemos que o fato da instituição não ser continente ao isolamento social ocasionava a mesma atitude nas famílias. A exemplo disso, o contraponto oferecido nesse relato é a afirmação do depoente de que, com base em sua experiência posterior, fora do hospital psiquiátrico, em um CAPS, essa questão já estava superada, considerando que a estrutura social, ética e política tinha outro referencial do cuidado no campo da saúde mental.

“...eu não vi isso no CAPS, por exemplo, né, esse problema de você não ter para onde devolver. Então, no CAPS, isso foi sempre muito mais tranquilo, com as famílias...”.

Um aspecto conhecido e confirmado nesta entrevista foi a exigência na mudança das ações na aplicação da eletroconvulsoterapia (ECT), que consiste em um estímulo elétrico na região da cabeça com o objetivo de gerar uma convulsão e constituir um elemento terapêutico. Este recurso gerou e gera muitas controvérsias, já que a ECT era usada como castigo e de forma descontrolada nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Com as exigências das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a aplicação do ECT foi revista e contestada como metodologia de tratamento. No referido hospital, a depoente identificou como compulsória a exigência da anestesia conforme texto abaixo:

“Aí, claro, que tinha o problema com ECT... Então, isso sempre foi uma coisa que baixou a pontuação”.

“Depois teve anestesista. Que foi obrigatório, né? Contratou anestesista. Teve uma sala só para isso. Porque tem que ter uma sala, as Irmãs tinham que fazer uma sala toda ladrilhada”.

“Porque você dá a anestesia, a pessoa pode entrar em choque, aí você poderia abrir a pessoa, se precisasse”.

“As pessoas falavam, relatavam depois que elas não lembravam, elas só viam que tava passando o algodão, né? O álcool. E muitas falavam, “ah, esquece”, ficava esquecida mesmo”.

“Agora, o que eu vi assim foi uns três casos, Insulinoterapia...”.

Outra condição esclarecida nesse depoimento foi a mudança na interdependência entre os serviços da rede pública de saúde após a chegada do SUS. Pacientes do hospital que eram moradores do território passaram a ser referidos na rede de saúde, ou seja, eram encaminhados para o CAPS ou a UBS de referência, isso aconteceu na medida em que o SUS começou a atuar na região. Como é possível perceber nessa mudança, a referência do trabalho extra-hospitalar ainda não existia, e o recurso era a internação, no início da década de 1990.

“Um psiquiatra que ficou cuidando da saúde mental na região, Jardim Ângela, São Luiz... Ele começou a marcar reuniões mensais com todos os serviços de saúde mental da região”.

“Então, cada dia, cada vez a reunião acontecia num determinado equipamento. Então, ou era num posto de saúde ou era lá no Largo 13 ou era no pronto-socorro ou no Caminho, ou no CECCO”.

“O objetivo era discutir o caso “S”. Foi uma coisa que... que obrigou, né, assim, as pessoas se unirem, né, a gente continuou com reuniões menores, porque ele (o psiquiatra) queria fazer uma coisa mais social”. “Então, a gente fazia tudo muito no tato, né? Aquela coisa do acerto e do erro, né?”.

“No Caminho, o que a gente conhecia assim era a internação, né?”
Aí assim, a gente não andou muito com isso...”.

“Aí foi acontecendo mais que a supervisão técnica começou a absorver esse espaço, né? Então, antes não tinha esse... essa figura, né, da supervisão técnica da região”.

“Aquela assistente social italiana [Irmã da Congregação] Lia... Lia... Ela veio, trouxe para o Brasil, né, essa ideia de trabalho de rede. Que o hospital sozinho não vai dar conta, né?”. “Então, essa coisa da rede foi muito forte nesse período, né? A gente não tinha muitos recursos, então a gente corria atrás, né, do circo para pegar fogo”.

“a gente teve um período assim que chamou de humanização, né? Não sendo... mas o próprio funcionário ter isso, né? Então, a humanização partiu, é, que todos os funcionários tivessem acesso à família e ao paciente”.

Esse depoimento revelou que a importância das mudanças nas ações de saúde no trabalho em rede e na humanização do atendimento dos pacientes era uma perspectiva necessária à instituição e não simplesmente como uma postura do trabalhador tomada isoladamente.

Na transcrição que se segue, o depoente identifica nas ações propostas, que tiveram origem com a política do SUS, que o atendimento e o cuidado com a saúde em rede eram um direito da pessoa, o que na sua percepção não estava sendo garantido. O depoente levanta a preocupação de como esse direito seria realizado.

“É. Depois do SUS porque aí começou mesmo a vir essa ideia de você ter o direito, né, de ter assistência e coisa e tal, só que não tinha assistência real. Então, como que você faz com isso, né?”.

Ainda, outro aspecto relevante deste depoimento diz respeito à abertura do CAPS do M'Boi Mirim. Infere-se que pouco se sabia sobre como este sistema funcionaria, destacando-se que, inclusive o poder público, representado pela secretaria da saúde, também desconhecia do que se tratava essa nova forma de se atender a saúde pública.

“Então, assim, quando falou, “Olha, vai abrir a primeira parceria”, foi um susto, porque a própria prefeitura também não sabia como que... em que bases que ia se dar isso, né”.

Ainda, o depoimento informa sobre como o CAPS foi avaliado por equipe multidisciplinar desde sua abertura e também o seu caráter experimental e inédito. Reforça, outrossim, a importância desse momento para a melhoria do serviço, tendo a depoente inclusive passado por experiência de visita a equipamentos similares.

“Então, eles participavam de tudo, assim, essa equipe [de avaliação] ela ia dar uma nota, “como que tá funcionando”. Então, era uma psiquiatra, tinha psicólogos, serviço social... uma equipe multidisciplinar que ficava uma semana no serviço, desde que abria até que fechasse. Que eles queriam avaliar todos os CAPS do Brasil. Então, não era só de São Paulo”.

“E lá, como foi o primeiro, né, assim, a ter a... a... essa parceria, e aí elas entraram”.

“E eu tive uma notícia, assim, do resultado através da... do pessoal da Secretaria, tinha falado da avaliação que ela tinha feito, que foi muito positiva. Que tinha algumas coisas que ela fez observações, mas que eram possíveis de melhorar. Eu fiquei super feliz, porque, assim, a gente não sabia pra onde que a gente tava indo”.

“A gente já estava, assim, no primeiro ano, eu acho. Primeiro, segundo ano. A gente tinha muitos defeitos, a gente visitou outros CAPS, conversou muito...”.

Em seu início, o CAPS M’Boi Mirim realizou um trabalho de acolhimento da demanda da rede e, com seus recursos disponíveis de uma equipe multidisciplinar, separava seus pacientes em três categorias, intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Esta era uma diferenciação da frequência do usuário na instituição de acordo com a necessidade de cuidado e acolhimento. O CAPS também oferecia um grupo de família, compreendendo que a família também precisava de um canal aberto de acolhimento, atenção e cuidados. O trabalho em rede aconteceu de forma gradual. Percebia-se que a rede desconhecia o trabalho de um CAPS Adulto e a

demanda nos primeiros anos foi pequena, comparada com seu desenvolvimento após alguns anos de existência. No trecho a seguir, temos a descrição de como um CAPS “novo” movimentava a rede no sentido de trazer um modo diferente de atender e receber os pacientes e ainda fica explícita a dificuldade de integração da parceira (Irmãs Hospitaleiras) às novas normas do cuidado, que passaram a ser exigidas.

“A proposta era até diferente, assim, de você ter uma avaliação mais rápida e devolver mais rápido esse paciente pra rede, pra gente dar conta de fazer os casos graves, mesmo, né”.

“E que era diferente dos outros. que, assim, o Lídia [CAPS Jardim Lidia], por exemplo, ficava, né, com aquele paciente bastante tempo, o Largo 13...”.

“A gente não podia encaminhar para o hospital [Hospital Nossa Senhora do Caminho] de jeito nenhum. A ordem era ir pro pronto-socorro” .

“Então, a ideia é que, assim, a gente se desvinculasse o máximo, fazer assim, outro serviço, outro mundo”.

“Até foi uma coisa bastante complicada, porque as irmãs não entendiam muito isso, né. No começo, a gente teve, assim, uma irmã levando uma bíblia para colocar em cima do balcão. Aí quando eles chegaram, falaram: “Ó, isso não pode. E não pode ter nada, nem um troço, tudo o que vier vai ser da Secretaria. Então, isso foi uma briga”.

A postura das Irmãs Hospitaleiras em relação à própria missão religiosa encontrou na prestação de um serviço de saúde pública um questionamento. Neste novo espaço que ocupavam, sua tarefa havia mudado em relação a alguns valores trocados com seus pacientes nos equipamentos que mantinham, os hospitais psiquiátricos. No CAPS as questões religiosas deveriam ficar somente no plano da instituição privada e não em sua representação como espaço público não estatal. Mas, no depoimento percebemos que essa mudança de abordagem precisou ser incorporada pelas Irmãs Hospitaleiras na prática do cotidiano, pois não ocorreu com naturalidade.

Na análise de trechos da entrevista, destacam-se aspectos relativos à supervisão institucional, que é um recurso previsto no campo da saúde mental que foi incluído no CAPS M'Boi Mirim. Este recurso foi desenvolvido como um dispositivo clínico proposto a partir do reconhecimento de que a instituição que presta assistência e cuidado ao sofrimento psíquico grave e crônico passa a padecer do mesmo mal que seus usuários. Nesse sentido, a instituição padece daquilo que trata, conforme afirma estudo teórico desenvolvido na reforma psiquiátrica francesa (Oury, 2009) . Desse modo, um supervisor institucional para o CAPS funcionaria como um terapeuta da equipe/instituição cuidando das angústias, conflitos e medos dessa equipe em relação a si mesma e aos usuários.

A principal dificuldade da inclusão da supervisão institucional no CAPS M'Boi Mirim foi a resistência das Irmãs Hospitaleiras em receber a ação desse agente supervisor. E a principal vantagem foi a orientação deste técnico para a segurança e o desenvolvimento do trabalho, alinhado à diretriz da missão institucional de um CAPS. Entretanto, o depoente também questiona sobre essa estrutura de supervisão institucional ,quando aponta dúvidas da administração municipal sobre o provimento desse profissional para atuar nessa instituição e qual deveria ser o seu perfil. O depoente relata que houve conflitos de interesses entre os partícipes - administração municipal e Irmãs Hospitaleiras - sobre quem deveria ser o supervisor no CAPS M'Boi Mirim e quem deveria indicá-lo.

Naquele período de implantação do serviço em 2006, os CAPS Lídia e Santo Amaro e os CECCOS Santo Dias e Guarapiranga, da administração direta, recebiam supervisão institucional do mesmo técnico. Mas, no contrato de gestão da Prefeitura com as irmãs Hospitaleiras para o CAPS M'Boi Mirim, este recurso não foi incluído como exigência e condição necessária para executar o trabalho de rotinas da instituição.

O supervisor institucional que atuou no CAPS M'Boi Mirim foi o mesmo que atuou nos equipamentos da administração direta elencados. Esta decisão foi tomada entre a gerência do CAPS em acordo com o supervisor. As Irmãs Hospitaleiras tomaram conhecimento desse fato e inicialmente tiveram resistência e demonstraram desconfiança em relação ao trabalho que seria realizado. Esse

supervisor posteriormente também encontrou resistências no trabalho que desenvolvia nas instituições da administração direta, porquanto prestava serviço à instituição da administração terceirizada.

Apesar dessas dificuldades e dúvidas quanto ao papel e à importância do supervisor institucional, vimos que foi iniciativa do próprio CAPS M'Boi Mirim sua inclusão nas ações de implementação das diretrizes para este tipo de serviço. Esse trabalho de supervisão consistiu em escutar as reclamações, dúvidas, situações problemas que haviam acontecido na semana decorrida. Na supervisão também foram trabalhados alguns conceitos sobre saúde pública, saúde mental, sofrimento psíquico e questões ligadas diretamente a como a instituição influenciava e era influenciada pelo trabalhador da saúde.

Finalmente, pode-se reconhecer que esse CAPS absorveu um recurso usado pela administração direta, ou seja, incluiu no seu cotidiano de trabalho a supervisão institucional não prevista na terceirização. Portanto, este equipamento, naquele contexto, inovou ao incluir em sua estrutura de funcionamento a supervisão institucional, construindo uma ponte para a garantia das diretrizes da reforma psiquiátrica e do SUS, que prevê a humanização do trabalho incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores.

A seguir trechos do depoimento que dão ênfase nos aspectos destacados acima:

“O supervisor institucional foi, desde o começo, outra luta”.

“Que as irmãs não queriam supervisor de jeito nenhum...”.

“Ele [supervisor institucional da região, funcionário público] falou: “eu chego aí a tal hora, saio a tal hora”. “...o acerto foi isso, por telefone, nada de escrito, não tinha nada assinado”.

“Aí ele foi, apareceu. Ele pegou, se apresentou. E aí teve assim, né... Muita gente torceu o nariz no começo, né: “Ah, papagaiada, né”, aquela coisa. Cara chutando o pé”.

“E aí, até as Irmãs chamaram ele pra conversar, queriam saber quais as intenções dele para com a minha coordenação”

“Então, que elas acharam que ele era um subversor da ordem. E realmente era, né... Então, foi bastante complicado”.

“É, mas ele conseguiu manter um pouco da ideia do que era um CAPS. O que falei para ele: “Um pouco o pai da criança é você”, porque a gente acabou muito seguindo o que ele falou”.

“Enfim, depois quebrou muito o gelo com algumas pessoas, foram aceitando e eu acho que é importante e não só o pessoal técnico”.

“Essas pessoas não davam muito valor,” - porque que eu vou ficar lá discutindo?”, “ - Ai, não quero”. “Acho que a gente conseguiu, engatar bem com ele e... e até assim, um pouco, e eu acho que a Secretaria também não queria ele, queria um outro cara, queriam que fosse um pediatra”.

Após o destaque da ação da supervisão institucional, o depoente reconhece, como vemos abaixo, que a estrutura de apoio ao CAPS estava implantada e era essa a condição hierárquica deste trabalho.

“Depois aí, que surgiu a supervisão, e depois tinha a coordenação e depois a Secretaria [da Saúde]. Então, tinha esses três níveis que eu tinha que me reportar”.

A entrevista identifica também a resistência por parte dos funcionários públicos da região em aceitar este equipamento com a nova estrutura de gestão. Aponta, por outro lado, a aceitação e o acolhimento, por outros segmentos que atuavam no território, desta nova classe de trabalhadores da saúde, os terceirizados que prestavam serviços para o SUS. Importante lembrar que os trabalhadores da administração da saúde pública eram funcionários de carreira, concursados e com estabilidade. Na mudança para gestão pública não estatal, as OSs tinham como prerrogativa a contratação livre de seus trabalhadores com diferentes condições de trabalho, sob a regência da CLT (Consolidação das Leis de Trabalho, 1943).

“...assim, as pessoas aceitaram muito bem os outros serviços. A Associação Santos Mártires tinha muita coisa lá, recebemos muita ajuda deles, da gente fazer festa juntos, de usar o espaço deles”.

“Então, isso foi bacana e outros também. O Clube da Turma foi muito bacana desde o início”.

“...O CECCO Santo Dias mais do que o Guarapiranga resistiu, mas depois a gente se ajeitou (CECCO Guarapiranga). Diziam sobre o CAPS M’Boi: “ - Porque vocês são das freiras, né..”.

“É, eu acho que as pessoas perceberam que não eram as Irmãs o problema e que aquilo era um CAPS, né”.

Finalmente, o depoente aborda um importante aspecto das ações de saúde do CAPS em que atuava. Destacamos como fato significativo o preconceito explícito com palavras de duplo sentido, as quais se referiam aos trabalhadores do CAPS. Além disso, o trabalho das Irmãs era identificado como hospitalocêntrico no conceito dos demais trabalhadores da região, porque eram conhecidos por sua experiência da internação psiquiátrica e com um perfil religioso em sua atuação. Por outro lado, são também considerados por parte do depoente aspectos positivos e ainda alguns antecedentes que marcaram a administração da Irmãs no Hospital psiquiátrico.

“Ah, eu nem achava que vocês iam ganhar...” [licitação de abertura para o CAPS] porque as irmãs têm hospital”. Isso foi uma coisa que a gente escutou, muito que nós éramos as...“caminhoneiras”.

“Falavam, “Ah, as caminhoneiras”. A gente era as “caminhoneiras”. Porque viemos do Caminho (Hospital Nossa Senhora do Caminho)”.

“E as irmãs eram um tanto mal vistas, na região... havia um preconceito... eu senti bastante isso, o preconceito que era com as Irmãs, delas serem religiosas e terem um hospital psiquiátrico que prende e que faz o ECT...”.

“Tem, preconceito dos dois lados, porque um era esse, da gente ser vista como as caminhoneiras, do CAPS o outro era da terceirização”.

“Mas, são as duas coisas, né? Elas não são, assim, 100%. Mas eu acho que dentro, desse objetivo de você cuidar das pessoas, (no Hospital Psiquiátrico) elas atenderam”.

Como uma linha do tempo, este depoimento traz a memória deste trabalhador e enriquece de subjetividade a narrativa sobre as mudanças que o Hospital Nossa Senhora do Caminho sofreu com a chegada dos valores da reforma sanitária e psiquiátrica e também a abertura de um serviço de saúde mental na região com o diferencial de uma gestão não estatal. Lembrando que o valor de um depoimento é gerado pela conexão e articulação dos elementos da memória, pois, são “as pessoas que se lembram, embora a forma e boa parte do conteúdo das suas memórias sejam socialmente determinadas, pelos grupos, pelas instituições, pelos marcos mais amplos da sociedade, por recursos culturalmente produzidos, dentre os quais se inclui a própria linguagem” (Sá, 2007, p. 291). Sendo assim, a escolha da memória social de um trabalhador não surgiu como fonte individual de informação, mas como memória compartilhada, na interdependência entre as lembranças individuais e suas inter-relações.

O depoimento traz as nuances da memória e coloca em pauta a questão da saúde mental comunitária versus o modo hospitalocêntrico de cuidar. Essa oposição contribuiu para que algumas mudanças institucionais e de valores fossem impelidas a acontecer no Hospital Nossa Senhora do Caminho. A exemplo disso, a questão das altas mudou com o maior controle do Estado na instituição por meio das visitas de fiscalização. A naturalidade de se ter pacientes com internações de longa permanência precisou ser quebrada e novas questões surgiram: quem eram essas pessoas, por que estavam ali e para onde deveriam ir. Chegar sem nome e sem origem no Hospital era parte da rotina, já que indigentes e andarilhos eram recolhidos na cidade e levados para a instituição para serem internados. Na memória social da saúde mental do M'Boi Mirim, o Hospital ficou marcado como espaço de acolhimento e benfeitoria religiosa mas, por outro lado, recebia críticas por ser incentivador e promotor do tratamento pela ECT, aspecto que marcou a existência do Hospital entre pacientes e técnicos do território.

O relato sobre a abertura do CAPS adulto M'Boi Mirim e sua inserção como equipamento com gestão privada trouxe ao território preconceitos e resistências em

relação a este novo equipamento. Dois aspectos ficaram presentes, o fato de ser uma gestão privada e de esta ser de uma instituição com uma tradição centenária em hospitais psiquiátricos, com a internação como seu principal meio de tratamento.

No depoimento ficou claro que os novos trabalhadores da instituição foram essenciais na construção do perfil deste CAPS, desde a conquista da supervisão institucional, até os diálogos com a rede, que aos poucos percebeu que aquela instituição não era um anexo do Hospital, e sim um equipamento do território sob responsabilidade de toda a rede. Outro aspecto observado é que a gestão privada, quando assume a gestão pública, acaba por trazer de sua tradição corporativa seus valores e modos de trabalho ocasionando conflitos com os valores e modos de trabalho de um serviço público. Pode-se considerar também que a gestão privada incorpora em suas rotinas sua visão de saúde, que não necessariamente está de acordo com a visão de saúde do SUS e da Constituição Federal.

Sendo assim, podemos considerar que a escuta do depoimento foi um modo pelo qual pôde-se visualizar os conflitos das mudanças nas ações em saúde mental do território, a partir do que ocorreu no passado e ocorre no presente, de tal forma que *“o passado e o presente são nossos meios; só o futuro é o nosso fim”* (Pascal, 2005, p. 18).

Deste modo, fundamentada no referencial da memória social, este testemunho contribuiu para a compreensão do fato social e projetou a perspectiva da trajetória de desenvolvimento do campo da saúde mental. Segundo Halbwachs, (2003) “o fato social embora mensurável não é exterior ao cientista”, mas “não se pode pensar nada, não podemos pensar em nós mesmos senão pelos outros sob a condição desse acordo substancial que através do coletivo, busca o universo” (Halbwachs, 2003, p. 20).

Portanto, podemos concluir que o depoimento é uma expressão de um coletivo que viveu as mudanças nas ações em saúde mental, sendo porta voz daquilo que marcou subjetivamente as mudanças nas ações das políticas públicas. Ficou manifesta a desintegração e o enfrentamento do projeto das políticas públicas entre os governos eleitos, sendo expressado no cotidiano de ações.

CAPÍTULO VI - Discussão dos Resultados

As três fontes que fundamentaram a exposição da memória social e que revelaram a trajetória das mudanças nas ações das políticas de saúde mental do M'Boi Mirim podem ser interpretadas e analisadas a partir das escolhas conceituais sobre saúde e saúde mental e do referencial teórico da memória social, sendo este, como vimos, um campo de análise transdisciplinar e polissêmico, ou seja, apoia-se em diferentes disciplinas e significados para expressar sua compreensão da realidade.

A memória social das mudanças nas ações políticas mostrou-se rica em resistências, ideologias, preconceitos e esperanças. Pudemos observar esses aspectos subjetivos através do depoimento, da revisão bibliográfica e das vivências do campo. Um conjunto de produções subjetivas tornou-se o material de trabalho e, a partir da metodologia desenhada, foi possível proporcionar um espaço de escuta e de síntese sobre os acontecimentos no M'Boi Mirim, possibilitando a identificação da trajetória das ações.

Neste processo, podemos dizer que as equipes que trabalhavam no território, segundo o depoimento, mostraram resistência, na medida em que a chegada da terceirização foi vista pelos trabalhadores da rede pública como uma ameaça ao direito à saúde e aos princípios da reforma psiquiátrica mas, por outro lado, também foi vista por outros segmentos do território como algo que trouxe para rede de saúde recursos de atendimentos antes inexistentes, trouxe esperança de que haveria ganhos no acesso aos serviços. Também foi possível observar, segundo o depoimento, que surgiram reações fortemente ideologizadas, de tal modo que se tornou evidente na rede complementar e na implementação dos serviços, o embate de interesses sobre qual modelo deveria ser seguido, entre a gestão pública e gestão privada, entre a reforma psiquiátrica e a visão hospitalocêntrica. Outro aspecto subjetivo dos resultados foi a constatação da existência do preconceito, quando foi identificada a objeção ao diálogo com aqueles que vêm de fora, que têm diferentes concepções e ideologias, a exemplo da situação vivida no CAPS M'Boi

Mirim em que este precisava ser reconhecido como um equipamento do território e não uma extensão privada das Irmãs Hospitaleiras. Outro aspecto positivo e construtivo foi a instalação da Rede de Atenção Psico Social (RAPS), e como consequência a visibilidade aos princípios do SUS, que trouxeram à região organização territorial e comunitária conforme as diretrizes previstas, ampliando a proteção do direito à saúde.

O fato é que, foi possível observar que esses aspectos subjetivos identificados no depoimento, como a resistência às mudanças, as diferentes ideologias e posturas metodológicas, o preconceito quanto aos que vêm de fora e a esperança como fruto da carência e das expectativas positivas, construíram e sustentaram a base atual para as ações na saúde mental no território. Nessa observação, foi constatado que as crônicas do cotidiano enriqueceram de subjetividade a trajetória da saúde mental no M'Boi Mirim, pois, além de conhecer o que aconteceu, foi possível revelar os contextos subjetivos. A memória social da saúde mental no M'Boi Mirim foi descrita por meio do recurso da linha do tempo com seus marcadores objetivos e por essas nuances subjetivas colhidas pelo depoimento e pelo trabalho de vivências no campo.

Dois tempos se cruzaram nesta pesquisa: o tempo da chegada do SUS, viabilizando a existência da rede de saúde mental, e o tempo de funcionamento da rede complementar, ou seja, Fóruns e Conselhos que atuam hoje no território. Esses espaços complementares são lugares de representatividade dos diversos segmentos da comunidade do M'Boi Mirim, moradores, trabalhadores e instituições. A diversidade dessa rede representada pelos Fóruns e Conselhos é motivo de destaque e pode ser modelo para outros territórios. Na observação desses espaços, havia uma aparente desintegração, ou seja, não necessariamente esses lugares se conheciam e sabiam das atividades e discussões que aconteciam fora de seus domínios. Todavia, a pesquisa pôde observar que, mesmo nesse cenário, havia um grande esforço nos discursos e também nas atividades e ações para integrar de forma gradual esses espaços, demonstrando a consciência da fragmentação e a necessidade da reunião de esforços. Dispositivos eram organizados no sentido de abrir um campo de diálogo entre Fóruns e Conselhos, como reuniões com um tema

único de interesse de todos os participantes. A melhoria das condições de saúde no território era um campo integrador e mobilizador por si mesmo.

Observar o território a partir dos conceitos estudados de saúde e saúde mental pode abrir um campo de análise para a compreensão das relações entre o indivíduo e seus grupos. Isso se dá na compreensão do conceito de saúde estudado a partir de Canguilhem (2009) que parte da premissa que o indivíduo é seu próprio ponto de referência, ou seja, somente a partir de si mesmo é possível compreender o que é saúde-doença, o que nos leva a outra premissa de Canguilhem, que ter saúde é transgressão de normas. Em consonância com a explicação filosófica de Canguilhem, mas observando-a a partir do olhar sociológico, temos o conceito de saúde promovido pelo SUS e suas diretrizes. Esse conceito parte do pressuposto de que os processos saúde-doença não estão no indivíduo, mas sim no que se refere ao seu grupo, formando o campo da saúde coletiva, ou seja, podemos sugerir que um grupo/população também é seu próprio ponto de referência, sua norma. No nosso território de estudo, o que cerca esses indivíduos, grupos e suas normas são aspectos construtivos trazidos pela representatividade dos movimentos sociais e também afetados pelos aspectos desfavoráveis da alta vulnerabilidade social.

Desse modo, reconhecendo que a saúde compreende, entre outros aspectos, a distribuição de renda, o trabalho, a moradia, a mobilidade e a educação e que esses são ~~os~~ fatores cruciais para o desenvolvimento da saúde de uma população, vemos que o M'Boi Mirim tem, nesses aspectos, deficiências que impedem que a saúde seja desenvolvida de maneira plena. Todos esses fatores dependem de políticas públicas para seu desenvolvimento. Vemos que a falta de projetos pensados e projetados a longo prazo e independentes de políticas de governo são muito comuns no território. O SUS, com seu aspecto universal, impõe políticas de Estado e não de governo, exige uma permanência sobre aquilo que deve ser realizado independente das escolhas do governo. Isso acontece, pois, na Constituição Federal de 1988, a saúde foi concebida como um direito social e um dever do Estado.

Na presente pesquisa, foi possível observar que o M'Boi Mirim é uma região de pouco interesse de investimentos e de infraestrutura, é um território

marcadamente residencial, com poucas opções de lazer e poucas ofertas de trabalho, dados confirmados pelo Índice de Desenvolvimento Humano - IDH (2016) e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS (2010). As conquistas, como vimos, foram em sua maioria conseguidas por meio de reivindicações e após situações de grandes calamidades, como, por exemplo, a ausência de equipamentos de saúde para uma população numerosa no início da década de 1980 e o alto grau de violência e homicídios entre 1997 e 2001. Estes fatos de vulnerabilidades fizeram o poder público criar investimentos e propor mudanças para a região. Foi junto às organizações civis que as transformações puderam existir, na observação dos dados estatísticos da região e da diversidade de Fóruns e Conselhos, percebemos que o enfrentamento pelo direito à saúde ganhou mobilização e tem espaço de participação popular.

Esse enfrentamento pelo direito à saúde teve a importância de promover o desenvolvimento social e econômico das políticas públicas no M'Boi Mirim - um projeto de saúde é, afinal, fundamental para o desenvolvimento democrático de um território. Os diferentes programas implantados, desde a inauguração do SUS, como pudemos observar na linha do tempo, melhoraram os índices de violência e colocaram o território mais próximo ao acesso àquele direito. O SUS foi um importante marcador para as mudanças percebidas na região. A chegada da Estratégia da Saúde da Família (ESF) fez do M'Boi Mirim um campo de promoção da saúde coletiva e lançou luz sobre a compreensão da saúde como um aspecto singular do perfil daquela população. Portanto, no caso desse território, cuidar da saúde da população é deparar-se com os limites impostos pelas carências já mencionadas.

É necessário ampliar a discussão do direito à saúde quando esta encontra o campo da saúde mental e depara-se com o principal pressuposto da Reforma Psiquiátrica e seus princípios e diretrizes. Nesse novo referencial, o louco deixa de ser visto como um doente e passa a ser tratado como um cidadão de direitos e essa é a principal terapêutica desse novo paradigma trazido pela Reforma Psiquiátrica. Lembrando que na tradição psiquiátrica a loucura ficou muito marcada com o isolamento social, que aniquila a subjetividade e não observa o sujeito dentro de sua própria norma.

A loucura, sempre vista como algo marginal ao longo da história do ser humano, ganha *status* de cidadania e de alteridade, mantendo assim um paradoxo, pois ao mesmo tempo que se inclui, não se pode perder o aspecto do diferente, ou seja, a importância de compreender que entre iguais há diferentes e o sofrimento psíquico como um aspecto singularizante do sujeito. A questão da alteridade se impõe no território como algo essencial. Mas uma reflexão surge: como valorizar essa singularidade em um território onde tantas vulnerabilidades são observadas? Quem é o sujeito em sofrimento psíquico que é atendido no território? Sabemos que esse sujeito em sofrimento psíquico que vive no M'Boi Mirim é tocado por todas as questões sociais expostas na investigação deste trabalho e cuidar a partir das diretrizes comunitárias é fator de extrema importância para a transformação de qualquer índice. É no investimento integral na saúde desse sujeito que a mudança poderá ocorrer.

A chegada da rede comunitária de saúde mental ao longo de quase duas décadas na região, desde a primeira equipe colocada pela gestão da Prefeita de Luiza Erundina, demonstrou a complexidade do funcionamento de uma rede substitutiva. Desde sua implantação até o fechamento do Hospital Nossa Senhora do Caminho em 2016, essa rede viveu sob duas influências: a perspectiva de cuidados do Hospital Psiquiátrico e a visão comunitária da saúde mental, pois ambos os espaços mantiveram-se atuando no território, mantendo uma relação de ambiguidade, de complementaridade e de confronto.

O cuidado comunitário foi possível graças às diretrizes da Reforma Sanitária, que apesar de antagônica à Reforma Psiquiátrica promoveu a premissa da saúde feita coletivamente e, por meio do trabalho territorializado, possibilitou que o cuidado comunitário na saúde mental pudesse acontecer e, no M'Boi Mirim, foi possível observar a implantação gradual desse princípio.

Além dessas diferentes metodologias na abordagem do usuário da rede, outro aspecto significativo foi o caráter de privatização versus o serviço público direto. Os equipamentos de saúde, e principalmente os de saúde mental, são marcadamente geridos por Organizações Sociais. Conforme no estudo de Costa e Silva (2016), a escolha pela gestão privada trouxe benefícios na contratação de

pessoal e insumos, mas não se pode perder de vista a questão do monitoramento e da avaliação, justificando a necessidade de conciliar os interesses públicos e privados. Na memória social do M'Boi Mirim, esse aspecto fica claro: a entrada de uma gestão privada trouxe consigo as marcas e a tradição da corporação que a assumiu. A adaptação ao modo público de fazer, como observamos no depoimento, foi necessária e precisou ser monitorada e avaliada.

Disso decorre que a saúde mental do território tem em sua memória social a conquista dos serviços previstos pela RAPS, mas ainda tem muito a desenvolver. Uma população que vive com altos índices de vulnerabilidade certamente necessita de investimentos na área de educação, infraestrutura urbana, mobilidade e trabalho. Sabemos que somente o aumento da oferta de serviços e leitos em equipamentos de saúde mental, apesar de importantes, não são suficientes para melhorar os índices de saúde de um território. O foco é na saúde e não na doença, portanto, para o desenvolvimento pleno, investimentos que melhorem a condição de vida dessa população é o caminho para a proteção do direito à saúde.

A despeito de que na memória social da saúde mental do território do M'Boi Mirim, o direito à saúde ganhou espaço, não se pode dizer que sua população vive plenamente esse benefício. Situações de extrema vulnerabilidade violam o direito à saúde, já que este é pensado de uma maneira ampla. Pode-se afirmar que o direito à saúde está em desenvolvimento no território e que o acesso aos cuidados com a saúde mental também fica prejudicado, uma vez que tais cuidados dependem dos mesmos condicionantes da saúde.

É válido reforçar que na memória da saúde mental do M'Boi Mirim pôde-se notar que no campo da dimensão das práticas e intervenções em saúde mental, as mudanças que ocorreram nas políticas públicas foram diretamente influenciadas pelo SUS e suas diretrizes. Considerando que esse sistema está em constante construção e é evidentemente marcado pelas mudanças de governo, as conjunturas políticas, econômicas, sociais e culturais, a memória social do território foi impactada de acordo com a ética e a ideologia do governo vigente.

Outro aspecto observado na memória social foi a importância das ações políticas em saúde e saúde mental para o desenvolvimento das práticas

profissionais, as quais, muitas vezes, ficam submersas e estagnadas nos paradigmas de uma prática institucionalizada como o saber psiquiátrico. Nessa observação, foi reconfirmado que a mudança nas ações políticas e éticas são essenciais para transformar as práticas e seus cenários. Todavia, podemos acrescentar que essas transformações das práticas, no cotidiano e na subjetividade dos trabalhadores, são lentas e graduais, elas sofrem resistências, do trabalhador, das instituições, da sociedade em absorver um novo saber, como o direito à saúde e à saúde mental comunitária.

Revelar a memória social das ações em saúde mental do M'Boi Mirim foi buscar representações articuladas, a partir dos elementos subjetivos já destacados nesta pesquisa. A importância da descrição desses elementos, articula-se com a psicologia social, no sentido que aumenta a compreensão do que aconteceu e do que hoje está articulado como rede aumentando o conhecimento dos indivíduos e de seus grupos. Vimos outrossim que as lembranças reveladas pelo depoimento e resgatadas pela revisão bibliográfica são aspectos singulares da memória social que juntamente com o funcionamento da rede atual reforçam o caráter da experiência contínua da memória.

O fator que fez do depoimento e das demais fontes de conhecimento a descrição de uma memória social foi sua natureza de compartilhamento de lembranças. Assim como afirma Halbwachs (2003), a lembrança da memória social é uma voz coletiva que expressa ou relata um evento que está distante de nós, sendo essa expressão a fonte de subjetividade, criando a identidade de um sujeito ou de um grupo. No M'Boi Mirim, o compartilhamento de lembranças trouxe à tona a escassez de recursos na área da saúde no início da década de 1980, a presença do fazer hospitalocêntrico versus o fazer comunitário e o domínio dos espaços públicos não estatais na construção da rede de saúde no anos 2000.

Construir a memória social da saúde mental no território foi promover a investigação das relações interpessoais daqueles que estiveram presentes nas mudanças. Foi a riqueza da intersubjetividade investigada através do depoimento e da revisão bibliográfica que fez emergir a memória. A escuta do depoimento trouxe um importante aspecto que não pode ser deixado de lado nesta análise: os atributos

das lembranças e do esquecimento que compõem a memória. Aquilo que foi esquecido no depoimento ou na revisão bibliográfica também compõe a linha do tempo e a subjetividade da análise da memória social. Não é possível acessar aquilo que foi esquecido, mas sim perceber o vazio de sua ausência na composição da memória. Portanto, esquecer não é negativo, no sentido de que a parte esquecida também compõe a memória social.

A saúde mental, hoje, no M'Boi Mirim é parte daquilo que foi vivido em tempos passados e os aspectos da rede estão contidos nas escolhas e vivências da história local. A memória social da saúde mental no M'Boi Mirim está contida no tempo presente nas ações e práticas do cotidiano mas, no dia a dia, dificilmente percebe-se essa relação e sua profundidade. A memória social colhida através do depoimento e na revisão bibliográfica foi produzida por um indivíduo mas, diz respeito à memória coletiva. Foi possível confirmar o depoimento através da revisão bibliográfica e dados colhidos nas vivências de campo, pois a memória individual necessita ser confirmada por dados e noções que estejam no nosso espírito e também no dos outros (Halbwachs, 2015).

Importante contribuição da descrição da memória social do M'Boi Mirim é seu caráter ético e político. Segundo Gondar (2016), existem duas saídas para o uso da memória sob esta interpretação: ser um instrumento de manutenção de poder ou servir como facilitador da transformação social. O objetivo desta dissertação é contribuir para que a memória revelada auxilie como um instrumento de transformação social, pois imaginamos que ela permitiu, por meio de sua investigação, uma reflexão sobre o caminho das políticas públicas na direção da saúde mental comunitária. Notou-se que o início do enfrentamento pela qualidade de vida que considere os serviços de saúde e saúde mental são antigos no território, datando do início da década de 80.

Aquilo que ficou marcado na linha do tempo construída por esta dissertação não se reduz à representação do que aconteceu definitivamente na história da saúde mental do M'Boi Mirim e as informações colhidas fazem parte do arquivo coletivo, da intersubjetividade e das relações eu-outro que compõem a complexidade da memória social. Sobre o arquivo coletivo da memória social que emergiu desta dissertação, podemos refletir com Halbwachs (2015) que as

lembranças de cada um se mantêm coletivas, mesmo se somente nós as vivemos, pois nunca estamos sós, temos sempre a marca de alguém com quem convivemos ou de algo que vivemos, reiterando o aspecto intersubjetivo da memória social.

Concluimos, por meio desta análise, que a memória social das mudanças nas ações em saúde mental no M'Boi Mirim é um campo aberto de lembranças, ou seja, pode-se sempre somar mais alguma lembrança, informação ou dado, portanto, a memória social do campo estudado é uma experiência contínua de elaboração subjetiva que relaciona o passado e o presente e revela as possibilidades para o futuro.

CAPÍTULO VII - Considerações Finais

Quatro temas foram trabalhados nesta dissertação: a saúde, a saúde mental, a memória social e o território do M'Boi Mirim. O fio condutor desses temas foram os cuidados com a saúde mental, suas práticas, seus conceitos, sua história e a memória social foi o contexto que abrigou esses temas e suas interações. Como dito no início deste estudo, a saúde mental é um continente de questões, buscas, conceitos e definições. Não tivemos a intenção de esgotar o debate deles mas, apenas ampliar a reflexão sobre as práticas de saúde mental, estudando um determinado território, o M'Boi Mirim, com o propósito de avaliar e a visibilidade da proteção à saúde pela aproximação com a memória social. Essa abordagem revelou ampla potencialidade para enriquecer o debate dessas questões que certamente será explorada em futuro próximo.

A saúde mental sendo uma expressão que engloba razão e a loucura é uma das esferas da existência humana, assim como o trabalho, as relações humanas, a arte e o conhecimento. Nesta reflexão, podemos dizer que na história do homem, a síntese desses conceitos essenciais e de ordem factual e metafísica sempre buscou resposta e continuará buscando-as. Para Agnes Heller, “o decurso da história é o processo de construção dos valores, ou da degenerescência e o acaso desse ou daquele valor” (Heller, 1989, p. 4) e acrescenta que: “pode-se considerar valor tudo aquilo que, em qualquer das esferas e em relação com a situação de cada momento, contribua para o enriquecimento daqueles componentes essenciais; e pode-se considerar desvalor tudo o que direta ou indiretamente rebaixe ou inverta o nível alcançado no desenvolvimento de uma determinada componente essencial” (Heller, 1989, p. 4). No caso da saúde mental, pudemos observar através do trabalho nesta dissertação o caminho das explicações somado à valores e desvalores que são agregados nesta esfera. Os valores foram aspectos que deram à saúde mental sentidos ligados à vida comunitária e ao desenvolvimento humano e, os desvalores foram aspectos que deram sentidos ligados ao isolamento social e a anulação da subjetividade. O embate e a sobreposição desses aspectos são

constantemente vistos na história do homem e foram identificados na memória da saúde mental no território do M'Boi Mirim.

Segundo Agnes Heller (1989), a história não persegue um fim, ou seja, não existe um objetivo final para qualquer circunstância vivida ou almejada. No nosso caso, não existe um fim na história da saúde mental, mas podemos observar os caminhos dos valores e desvalores agregados e para eles “estabelecer a possibilidades de um subsequente desenvolvimento dos valores, apoiar tal possibilidade e, deste modo, emprestar um sentido à nossa história” (Heller, 1989, p. 15).

É tarefa complexa apoiar o valor da saúde mental pois, como afirma Erasmo de Rotterdam na voz da loucura: “surpreende-me a ingratidão ou, se quiserdes, a negligência dos homens a meu respeito. Todos têm por mim a veneração mais profunda, todos gostam de sentir meus benefícios; e, apesar disso, depois de tantos séculos, ainda não se viu um só que tenha se lembrado de celebrar meus louvores por um elogio carinhoso” (Erasmo, 2003, p.13). Nessa complexidade a ausência de um valor em um determinado período não significa que ele deixou de existir, mas sim que ele fica inativo e é sempre possível fazê-lo retornar (Heller, 1989)

Assim, no M'Boi Mirim, a memória social revelada por esta pesquisa, demonstrou a expressão de valores e desvalores: o cuidado comunitário versus o cuidado no isolamento social. Desse modo, a continuidade e descontinuidade dos valores vem a ser uma condição da história e, o trabalho pela proteção do direito à saúde é um caminho para que se mantenha o sentido do valor na saúde mental em seus cuidados comunitários e de cidadania.

Nesta dissertação demos ênfase a questionamentos relativos à condição deficiente dos cuidados com a saúde mental, no que tange aos recursos humanos, à gestão, aos insumos, à estrutura física, aos equipamentos e à participação popular como resultantes de escolhas políticas e ainda, complementarmente a essa interpretação deve-se acrescentar, nesta oportunidade, a análise de desvalores imputados nesse cuidado. A memória da saúde mental no M'Boi Mirim, que se pretendeu revelar nesta pesquisa, tem a potencialidade para ser um fator de melhoria nesses aspectos deficientes, pois descreve um panorama dos valores e

desvalores que estiveram e estão presentes no território. Os microcontextos acessados nas mudanças das ações revelaram como as escolhas políticas impactaram os trabalhadores em suas práticas e os usuários em suas terapêuticas na medida em que foram tocados pelos valores e desvalores descritos na análise da entrevista.

A memória social potencializa a compreensão de nós mesmos e dos outros, pois a forma como damos sentido a este universo - eu-outro – está carregado de lembranças. Compreender como fizemos, o que fizemos e por que fizemos aumenta a reflexão dos estudos em psicologia social e reforça o lugar da memória social como parte integrante desse campo.

Desse modo, a descrição da memória social das mudanças nas ações de saúde mental no M'Boi Mirim potencializa o fato de que, as mudanças podem ser geradoras de dificuldades e crises, como observamos nas transformações institucionais fomentando conflitos de valores e disputas políticas nesse território. Retomando a ideia de Douvignaud (2003), em períodos de crise a memória tem mais importância do que nos períodos de imutabilidade das estruturas sociais, pois pode fornecer um escopo de experiências vividas e sentidos conquistados, fortalecendo a passagem e a saída da crise. Sendo assim, a memória social pode ser um recurso de auxílio nas transformações presentes e futuras. No caso do M'Boi Mirim a memória é um recurso sempre a serviço da proteção ao direito à saúde.

Nessa direção, o objetivo deste trabalho expandiu-se ao longo de sua construção. A memória da saúde mental do M'Boi Mirim cresceu para a busca da proteção ao direito à saúde e, conseqüentemente também se expandiu para o sentido dos valores de vida e comunidade no campo da saúde mental.

Para a continuidade dos estudos e possíveis trabalhos futuros dispomos do aprofundamento e expansão do estudo da saúde mental pela memória social no M'Boi Mirim através de diferentes maneiras e metodologias com o intuito de estender o entendimento e o sentido do valor comunitário no território. Estudos que favoreçam o desenvolvimento desta população e sua consciência nos cuidados com a saúde mental feita de maneira social.

Além de reconhecer a importância de outros estudos, também é relevante admitir as mudanças sentidas e vividas pela autora durante o processo desta dissertação pois, “quando terminamos o trabalho, não somos os mesmo que éramos quando iniciamos. Tomando de empréstimo uma imagem que é de outra área: aquele que realmente aprendeu uma pintura de Cézanne, daí em diante enxergará uma maçã ou uma cadeira como antes não havia enxergado até então” (Steiner, 2006).

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Qual o sentido do termo saúde?**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 300-301, June 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200001>.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160 p. (Coleção Temas em Saúde).

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994. 202 p.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p. (Temas em Saúde)

ANDRADE, L.O.M. **Evolução das Políticas de Saúde no Brasil**. In **SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento e Políticas Nacionais**. ANDRADE, L.O.M, et al. (Col.). 2ed. São Paulo: Hucitec, 2007

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial. 2013

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1975.

BENJAMIN, W. **Magia e Técnica, Arte e Política: Ensaio sobre literatura e história da cultura**. Tradução de S. P. Rouanet. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012. (Obras escolhidas v. 1).

BOSI, E. A Pesquisa em Memória Social. **Rev. Psicologia**, São Paulo, v. 4 n ½, p 277-284, 1993.

BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. 3. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1994.

BOSI, E. **O Tempo Vivo da Memória: Ensaio de Psicologia Social**. 1. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto por Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL, LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá

outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 19 dez. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da saúde. 2017. Acessado em 10/01/2016

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dezembro 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 abril 2001. Col. 1, p. 2. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 23 fev. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 setembro 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Brasília, DF. 1995. Disponível em:

<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>.

Acesso em: 17 fev. 2017.

BRASIL. Decreto - lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452compilado.htm>. Acesso em: 05 fev. 2017.

CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 154 p.

CAPISTRANO FILHO, David. O programa de saúde da família em São Paulo.

Estud. av., São Paulo, v. 13, n. 35, p. 89-100, Apr. 1999. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100008>

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. 1. ed. São Paulo. Ática, 1999.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, mar. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000100022.

COSTA E SILVA, V. E; BARBOSA, P.R. HORTALE, V. Parcerias na saúde: as organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva número 5 maio 2016**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, mai. 201.

CROWE, J, FERREIRA, S. L. Jardim Angela: em defesa da vida. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 35, p. 85-91, mai. 20.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p.7-11. abr-jun. 1986.

DUARTE, S.L, GARCIA, M.L.T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. **Emancipação**, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>

DUVIGNAUD, J. Introdução. In HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Traduzido por L. L. Schaffter. 2. ed. São Paulo: Vértice. 1990. 133 p.

ESCOREL, S et al. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS. LIMA et el (Orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ERASMO, D. **Elogio da Loucura**. Tradução de P. Neves. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2003. 144 p.

FIOCRUZ. Dicionário de verbetes. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

FARR, R. M. As raízes da Psicologia Social Moderna. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura: Na Idade Clássica**. Tradução de J. T. Coelho Neto. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
GALVAO, M.A.M, **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil – Colônia a 1930**. Caderno de Textos do departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto p.1-33, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. 316 p.

GONDAR, J. Cinco proposições sobre a memória social. In DODEBEI, V.; FARIAS, F. R.; GONDAR, J. (Org.). **Por que Memória Social?** 1. ed. Rio de Janeiro: Híbrida, 2016. 379 p. (Revista Morpheus: estudos interdisciplinares em Memória Social: edição especial, ISSN 1676-2924; v. 9, n. 15)

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Traduzido por L. L. Schaffter. 2. ed. São Paulo: Vértice. 1990. 133 p.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. 8 Ed. Paz e Terra. 2008

HIPÓCRATES. **Sobre o riso e a loucura**. Traduzido por R. de Campos. São Paulo: Hedra. 2013. 90 p.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: As bases da política de saúde pública no Brasil. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

HOLANDA, S. B. A Fábrica de Ferro de Santo Amaro. **Digesto Econômico**. São Paulo, n. 38, p. 78-81.1948.

IBANEZ, N. VECINA, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup):1831-1840, 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico de 2010**: São Paulo. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=1&uf=35>. Acesso em: 15 dez. 2016.

LIMA, N.T, et al. A Saúde na Construção do Estado Nacional: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, N.T, et al (Org.) **Saúde e Democracia**: História e Perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LUNA, S.V. **Planejamento de Pesquisa: Uma Introdução**. 1. ed. São Paulo. EDUC, 2002.

MACHADO DE ASSIS. **O alienista**. 1.ed. São Paulo: Penguin & Companhia das Letras, 2016.

MAPA DA DESIGUALDADE 2016. Produzido por Rede Nossa São Paulo. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/args/mapa-da-desigualdade-completo-2016.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

MAPA DA DESIGUALDADE 2015. Produzido por Rede Nossa São Paulo. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/args/mapa-da-desigualdade-completo-2015.pdf> Acesso em: 28 fev. 2017.

MENDES, C. E. Os sentidos de futuro para jovens negras: por caminhos do Capão Redondo e jardim Ângela na periferia paulistana: Dissertação de Mestrado. São Paulo. USP: [s.n.], 2014. 100 p.

MENDES, D.C. A ocupação da bacia do Guarapiranga: perspectiva histórico urbanística. In: França, E. (Org.) **Guarapiranga**: recuperação urbana e ambiental do município de São Paulo. São Paulo: M. Carrilho Arquitetos, 2000. p. 69-113.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 3, p.302-303. 2008. DOI:10.1590/s1516-44462008000300027.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais, Investigações em psicologia social**. Traduzido por. P. Guareschi. Petrópolis: Vozes. 2015

OLIVEIRA, D. C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.197-206, jan. 2008. DOI: 10.1590/s0102-311x2008000100020.

OURY, J. O Coletivo. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2009. 280 p.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PASCAL, B. **Pensamentos**. Traduzido por M. Laranjeira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 441 p.

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estud. avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 51-66. 2016. DOI: 10.1590/S0103-40142016.00100004.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: Loucura e desrazão. 1. ed. São Paulo: Brasiliense. 1989. 235 p.

PINEL P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Traduzido por J. A. Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. 272p. ISBN 978-85-7025-948-6

PNUD - PROGRAMA NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 15 dez. 2016.

RODRIGUES, P.H.A, SANTOS, I.S, **Saúde e Cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SÁ, C. P. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicol.: Reflex e Crít.** Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.290-295, 2007. DOI: 10.1590/s0102-79722007000200015.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**. São Paulo, v. 9, n. p.11-27. 2011. DOI: 10.1590/S1678-31662011000100002.

SANTOS, A.P.L. **A participação social na saúde desenvolvida em um espaço não institucionalizado no Jardim Ângela**: contribuições, limites e desafios para o Sistema Único de Saúde. 2016. Monografia. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SANTOS, B.S **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural**. Introdução: para ampliar o canone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

SÃO PAULO (Cidade). Lei Orgânica do Município de São Paulo de 1990. Constitui a Lei Fundamental do Município de São Paulo, com o objetivo de organizar o exercício do poder e fortalecer as instituições democráticas e os direitos da pessoa humana.

Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/educacao/cme/LOM.pdf>.

Acesso em: 23 jan. 2017.

SAO PAULO (Cidade), SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Disponível em:

<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6196>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

Sao Paulo. **Diário Oficial [do Estado de Sao Paulo]**, Sao Paulo, SP, v.91, n.109 , 06 nov. 1981.Seção I, p.34

Sao Paulo. **Diário Oficial [do Estado de Sao Paulo]**, Sao Paulo, SP, 05 maio. 1979 p.30

Sao Paulo. **Diário Oficial [do Estado de Sao Paulo]**, Sao Paulo, SP, 13 de maio 1978 p.112

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE. Atenção básica. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204>. Acesso em: 16 jan. 2017.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 13-18, 1996.

SCARCELLI, I. R.; **Entre o Hospício e a Cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo, Ed. Zagodoni, 2011.192 p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.29-41. 2007. DOI: 10.1590/s0103-73312007000100003.

SEADE. Informações Municipais Paulistas. Área Territorial. Disponível em:

<<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

SEADE. Informações Municipais Paulistas. Densidade Demográfica. Disponível em:

<<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

SEADE. Informações Municipais Paulistas. Taxa de Mortalidade por agressão.

Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

SEADE. Informações Municipais Paulistas. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.

Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>>. Acesso em: 21

jun. 2016

SILVEIRA, L.C.; BRAGA, V.A.B.. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 4, Aug. 2005 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400019&lng=en&nrm=iso

SPINK, M. J. P. Viver em áreas de risco: tensões entre gestão de desastres ambientais e os sentidos de risco no cotidiano. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3743-3754, set. 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014199.01182014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceito de saúde segundo OMS/WHO**. Disponível em: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>. Acesso em: 15 dez. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Housing - implications for health**. Report of WHO Consultation. Genebra, 1987, 70 p.