

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

RONALDO ALVES DUARTE

AS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DE UM MOVIMENTO SOCIAL:  
o caso do Fórum Mineiro de Saúde Mental

UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
FLUMINENSE



NITERÓI, RJ  
2014

**RONALDO ALVES DUARTE**

**AS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DE UM MOVIMENTO SOCIAL:  
o caso do Fórum Mineiro de Saúde Mental**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Política Social do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de políticas sociais

Linha de pesquisa: Formulação de políticas sociais a partir da sociedade civil

Orientador: Prof. Doutor Adilson Vaz Cabral Filho

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

D812 Duarte, Ronaldo Alves.

As condições de emergência de um movimento social: o caso do Fórum Mineiro de Saúde Mental / Ronaldo Alves Duarte. – 2014.  
126 f.

Orientador: Adilson Vaz Cabral Filho.

Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.

Bibliografia: f. 120-126.

1. Movimento social. 2. Manicômio. 3. Saúde mental.  
4. Emergência. 5. Participação. 6. Democracia. I. Cabral Filho, Adilson Vaz. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social.  
III. Título.

CDD 362.2

**RONALDO ALVES DUARTE**

**AS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DE UM MOVIMENTO SOCIAL:  
o caso do Fórum Mineiro de Saúde Mental**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Política Social do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de políticas sociais

Linha de pesquisa: Formulação de políticas sociais a partir da sociedade civil

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Doutor Adilson Vaz Cabral Filho

---

Prof. Doutor. Eduardo Mourão Vasconcelos

---

Prof. Doutor. Richardson Miranda Machado

**NITEROI, RJ – JUNHO/2014**

Para Rodrigo,  
pela presença constante e companheirismo incondicional.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Adilson Vaz Cabral Filho, pela preciosa orientação e pela grande liberdade de ação concedida.

A todos os outros professores e colegas do curso de mestrado da UFF, em cujo convívio recebi subsídios que em muito enriqueceram o meu conhecimento.

A minha família: irmão Rinaldo, irmãs Soraia, Solange e Simone, cunhada, cunhados, sobrinhos, sobrinhas; e, em especial, a meu pai, Salvador, e a minha mãe, Conceição, que souberam compreender minha ausência nos encontros de família e sempre estiveram na torcida.

Aos militantes da Luta Antimanicomial, em especial àqueles que se dispuseram a ser colaboradores nesta pesquisa, dedicando seu tempo e partilhando suas experiências.

Ao Fórum Mineiro de Saúde Mental, lugar em que pude estreitar o contato com meu objeto de investigação e onde tive a oportunidade de amadurecer minha questão de pesquisa.

À Elzi de Oliveira e ao Ângelo Morato (então gerentes do SERSAM/ Divinópolis), pela generosidade e confiança com que possibilitaram inúmeras negociações de ausências no cotidiano de trabalho.

À amiga Alba Valéria, sempre presente, estimulando-me e torcendo por minhas vitórias.

À amiga Pilar, pelos inúmeros empréstimos de livros, pelos preciosos incentivos – quando eu vacilei – e pelas conversas sobre o tema de pesquisa, as quais renderam importantes indicações que contribuíram para enriquecer o meu trabalho.

À amiga Virgínia, que com sua centralidade e sabedoria ajudou-me a superar o medo, orientando-me: ‘vá lá e faça o que tem que se fazer’.

Aos meus colegas de trabalho e funcionários do SERSAM/Divinópolis, que souberam compreender minhas ausências no trabalho e que de alguma forma contribuíram na realização deste trabalho.

Ao Rodrigo, pelo carinho estimulador, pelo apontar dos rumos a tomar, pelo diálogo constante, pelas inúmeras contribuições em todos os momentos de construção deste material. Sem ele este texto não seria possível.

Finalmente, agradeço muito a Deus, pela minha vida e minha saúde durante todo o período de realização do curso. Sem isso, este trabalho não teria se tornado realidade.

## RESUMO

Quais as condições de emergência dos movimentos sociais em saúde mental no Brasil, considerando a participação social na condução da política pública de saúde mental? Esta é a questão que se encontra na gênese desta investigação, procurando, a um só tempo, refinar nosso conhecimento sobre a política de saúde mental do Brasil e encontrar respostas para algumas de nossas antigas inquietações sobre os movimentos sociais. Para tanto, nos atemos ao Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM), um movimento social constituído predominantemente por usuários, seus familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental, o qual veio se destacando desde o início dos anos de 1990 na luta pela ampliação e melhoria da política de saúde mental em Minas Gerais, sobretudo em Belo Horizonte e região metropolitana. Nesse contexto, tomando o questionamento acima enunciado como uma preocupação central deste trabalho, assumimos o objetivo geral de identificar e sistematizar as condições de emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental, considerando aspectos políticos, sociais e econômicos ocorridos entre os anos de 1987 e 1994, e identificando seus efeitos, influências e reverberações sobre a formação do FMSM. Assim, para responder a nossa questão de pesquisa e atender ao objetivo geral, optamos por um caminho sinuoso de investigação que conjugou informações oriundas de fontes orais, escritas e documentais acerca da constituição das relações entre Estado e Sociedade Civil; do contexto sociopolítico em que emergiu e se transformou o Movimento Antimanicomial Nacional; e do painel de eventos sociais, políticos, econômicos e culturais da conjuntura mineira em que surgiu o Fórum Mineiro de Saúde Mental. Tudo isso refletido em uma perspectiva de análise conjuntural que permite verificar quais os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais se articularam de modo a possibilitar a emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental. A pesquisa possibilitou constatar que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) emergiu no contexto político democrático que, à época, acabara de ser implantado no país, configurando-se em um cenário de grande efervescência não só política, mas também cultural, social e econômica. Segundo dados coletados para investigação, foram esses fatores que, juntos, multideterminaram as condições de emergência do MNLA, bem como de seu núcleo em Minas Gerais: o Fórum Mineiro de Saúde Mental. Logo, sem se manter isolado e imune aos efeitos da conjuntura política, social, econômica e cultural do período aqui enfocado; e sendo forjado em um processo complexo de aceitação e de resistências, o Fórum Mineiro de Saúde Mental se materializou em Minas Gerais, pretendendo tornar as aspirações antimanicomiais uma realidade no Estado.

**Palavras-chave:** Movimento Social Antimanicomial, Fórum Mineiro de Saúde Mental, Condições de emergência. Participação democrática.

## ABSTRACT

What are the emergency conditions of the social movements in Mental Health in Brazil, considering the social participation in the conduct of the mental health public policy? This is the question in the genesis of this investigation, seeking, at once, to refine our knowledge about Brazil mental health public policy and to find answers to some of our old concerns about social movements. For this matter, we kept to the Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM), a social movement predominantly constituted by users, their relatives and workers from mental health services, which has been standing out since the beginning of the 90 years at the struggle for the expansion and improvement of the mental health public policy in Minas Gerais state, particularly in Belo Horizonte city and metropolitan region. In this context, taking the question announced above as a central concern of this work, we assumed the general objective to identify e systematize the emergency conditions of the Fórum Mineiro de Saúde Mental, considering political, social and economic aspects, occurred between the years 1987 and 1994, and identifying its effects, influences and reverberations about the formation of the FMSM. Therefore, to answer our research question and achieve the general objective, we opted for a sinuous investigation path that conjugated informations from oral, written and documental sources about the constitution of the relations between State and Civil Society; From the socio-political context in which the National Anti-asylum Movement has emerged and transformed; and from the panel of social, political, economic and cultural events of the conjuncture of Minas Gerais in which emerged the Fórum Mineiro de Saúde Mental. All this reflecting in a perspective of junctural analyses that permits to verify what are the social, political, economic and cultural factors that had been articulated in order to enable the emergency of the Fórum Mineiro de Saúde Mental. The research permitted to confirm that the National Anti-asylum Struggle Movement (MNLA) emerged at the democratic political context, which, at that time, had been recently established in the country, configuring a scenery of great effervescency not only political, but also cultural, social and economic. According to the data that were collected to the investigation, those factors, together, were responsible to multi-determine the emergency conditions of MNLA, as well as its nucleus in Minas Gerais state: the Fórum Mineiro de Saúde Mental. So, without being isolated and immune to the effects of the political, social, economic and cultural conjuncture of the time focused; and being forged in a complex process of acceptances and resistances, the Fórum Mineiro de Saúde Mental was materialized in Minas Gerais, intending to make into reality the Anti-asylum aspirations in the State.

**Keywords:** Anti-asylum Social Movement, Fórum Mineiro de Saúde Mental, Emergency conditions, Social participation.

**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 01 Código de identificação das entrevistas realizadas.....	34
---	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 CONFLITOS, QUESTÕES E TEORIZAÇÕES RECORRENTES NAS PESQUISAS SOBRE O MOVIMENTO SOCIAL ANTIMANICOMIAL.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Movimentos sociais: um conceito de difícil delineamento .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 As contribuições de Alain Touraine para teorizações sobre os movimentos sociais.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Características e categorias de análise dos Novos Movimentos Sociais sintetizadas por Maria da Glória Gohn .....</b>	<b>23</b>
<b>1.4 Sociedade Civil e Estado: termos na perspectiva de Antônio Gramsci: .....</b>	<b>27</b>
<b>1.5 Percurso metodológico desta investigação .....</b>	<b>31</b>
1.5.1 Caracterização da pesquisa .....	31
1.5.2 Um caso relevante: O Fórum Mineiro de Saúde Mental .....	32
1.5.3 Fonte de informações.....	33
1.5.4 Estratégias de análise .....	35
<b>2 MUDANÇAS NAS RELAÇÕES ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS MOVIMENTOS SOCIAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>2.1 Panorama das relações entre Estado e Sociedade Civil no Brasil antes de 1988 .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 As mudanças nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil Pós-1988 .....</b>	<b>45</b>
<b>3 O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL COMO UM MOVIMENTO SOCIAL .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1 As condições de emergência do Movimento Antimanicomial .....</b>	<b>50</b>
<b>3.2 O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial .....</b>	<b>62</b>
<b>3.3 O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como movimento social .....</b>	<b>73</b>
<b>4 CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DO FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>76</b>
<b>4.1 Antecedentes históricos e políticos à militância antimanicomial mineira .....</b>	<b>76</b>
<b>4.2 A consolidação do Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental.....</b>	<b>86</b>
<b>4.3 A conjuntura sociopolítica no período de transição das décadas de 1980 para 1990.....</b>	<b>91</b>
<b>4.4 De Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental a Fórum Mineiro de Saúde Mental: um percurso .....</b>	<b>93</b>
4.4.1 A descentralização da assistência em saúde em Belo Horizonte.....	94
4.4.2 A auditoria técnica nos hospitais psiquiátricos de Minas Gerais.....	96
4.4.3 O Contato com a experiência antimanicomial de Santos.....	100
4.4.4 A Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais .....	101
4.4.5 Os usuários e os familiares no Movimento Antimanicomial Mineiro .....	105
4.4.6 A influência do Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental na conformação da política de saúde mental de Belo Horizonte na gestão 1993-1996.....	107
4.4.7 A constituição jurídica do Fórum Mineiro de Saúde Mental .....	109
<b>4.5 Antagonistas do Movimento Antimanicomial em Minas Gerais .....</b>	<b>111</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>120</b>

## INTRODUÇÃO

Nossa opção pela profissão de Assistente Social se deu de forma um tanto tardia, já aos vinte e cinco anos de idade e após um longo histórico profissional. Atendente de balcão em lojas, vendedor de confecções, auxiliar de escritório e educador social foram algumas das funções por nós desempenhadas antes (e também durante) a entrada no curso de graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC/Minas – no ano de 1998.

Já nos primeiros anos da graduação, estava claro que nossa escolha pelo curso de Serviço Social tinha sido acertada. A ampliação drástica de nossa visão de mundo, da nossa capacidade de dialogar sobre questões da sociedade e a possibilidade de vislumbrarmos intervenções em processos sociais complexos nos fascinaram já nas disciplinas do primeiro ano, ampliando-se no decorrer do curso.

O estágio curricular em um projeto de extensão universitário realizado na periferia da região metropolitana de Belo Horizonte, desenvolvendo trabalhos junto a diversos grupos sociais (jovens, mulheres, trabalhadores, associações de bairro) nos colocou em contato com um universo de movimentos sociais que, através de suas ações de pressão e reivindicações, contribuíam para o acesso a direitos sociais que impactavam positivamente a vida cotidiana da comunidade.

Ficávamos fascinados, à época, em observar como um grupo de pessoas, muitas vezes sem letramento e com pouco tempo disponível para outras questões além do trabalho pela sobrevivência, era capaz de se organizar em torno de uma causa coletiva e por ela lutar de forma legítima. Estava posta, assim, a gênese de questões que, mais tarde, retornariam a nossa mente, já com um problema de pesquisa a ser investigado: como estes grupos sociais se organizavam? De quem era a iniciativa em fundá-los? Quais fatores facilitavam ou dificultavam a existência desses movimentos? Que estratégias de ação eram escolhidas por estes grupos? Em síntese em que condições de emergência esses grupos se configuravam?

Terminada a graduação, no primeiro semestre de 2002, e iniciado o imediato exercício profissional no campo do Serviço Social em um serviço de referência em saúde mental, novamente nos vimos frente a frente a grupos sociais organizados que, cada um a seu modo, apresentavam suas demandas e faziam suas reivindicações. Dentre esses grupos podemos citar uma associação de usuários, familiares e amigos da pessoa com transtorno mental e um conselho distrital de saúde, dos quais fizemos parte; na primeira, como secretário; no

segundo, como conselheiro. Em ambos os cargos, fomos eleitos democraticamente. Desse modo, o movimento social e suas diversas formas de participação sempre estiveram presentes em nosso cotidiano profissional. De certa forma, até mesmo a ausência dele, em determinados momentos, passou a ser altamente significativa para nós no contexto que então nos inseríamos.

Dando continuidade à nossa formação acadêmica e buscando nos aprimorar teórica e tecnicamente para o exercício profissional no campo da saúde mental e no magistério<sup>1</sup>, fizemos dois cursos em nível de pós-graduação. Primeiro, uma especialização em *Saúde mental: família e comunidade*; depois, um mestrado em *Educação, Cultura e Organizações Sociais*. Cursos estes que nos possibilitaram ampliar significativamente nosso entendimento acerca de algumas concepções, categorias e conceitos importantes para o debate que pretendemos empreender nesta presente pesquisa.

Como ponto positivo de termos feito esses cursos, aprofundamos, por exemplo, a compreensão de que as políticas públicas, e isso inclui a política pública de saúde mental, não se resume a seu aspecto formal, isto é, uma lei ou um programa governamental. A política pública é desenhada a partir de conflitos e disputa de poder entre os grupos e sujeitos sociais. Ela é fruto de embates e conflitos de posições e de percepções de mundo, bem como da defesa dos diversos interesses localizados na coletividade dos atores sociais<sup>2</sup> (MATTOS, 2011). Discutimos também o fato de que a construção da atual política pública de saúde mental brasileira foi resultante de um conjunto de embates políticos (e por natureza, ideológicos), empreendidos, sobretudo, pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Movimento este que ganhou força e expressão a partir do surgimento, no final da década de 1970, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Mas, mesmo que tenham sido de relevância incontestável em nossa formação e atuação profissional, os conhecimentos acumulados e/ou sistematizados em tais cursos não deram conta de nossas antigas inquietações acerca dos movimentos sociais, as quais acabaram por ser ainda mais presentes em nosso cotidiano, dado o exercício do magistério em disciplinas do curso superior em Serviço Social. Logo, buscando preencher essa que consideramos ser uma ‘lacuna’ em nossa formação acadêmico-profissional, foi que nos propusemos cursar um

---

<sup>1</sup> Atuamos como professor de um curso de graduação em Serviço Social desde agosto de 2006. Fomos, também, Coordenador desse mesmo curso no período compreendido entre janeiro de 2009 e julho de 2010.

<sup>2</sup> Para Touraine (2012, p. 220), “o ator social não é aquele que age em conformidade com o lugar que ocupa na organização social, mas aquele que modifica o meio ambiente, material e, sobretudo social no qual está colocado”. O mesmo autor afirma que o sujeito é a constituição do indivíduo como ator e é impossível separar o indivíduo da sua condição social. Logo, “o sujeito só existe como movimento social” (TOURAINÉ, 2012, p. 249).

segundo mestrado no Programa de Pós-Graduação em Política Social na Universidade Federal Fluminense.

Nestes termos é que propomos, no presente trabalho, aliar o nosso conhecimento sobre a política de saúde mental do Brasil a nossas antigas inquietações sobre os movimentos sociais. Desse percurso surgiu uma proposta de investigação buscando elaborar uma reflexão cujo interesse era responder à questão: quais as condições de emergência dos movimentos sociais em saúde mental no Brasil considerando a participação social na condução da política pública de saúde mental?

Como veremos de forma mais esmiuçada no decorrer deste trabalho, o Movimento Social Antimanicomial brasileiro se configurou no início dos anos de 1990 em diversos núcleos, os quais estavam articulados em níveis municipais, regionais e estaduais. Na perspectiva que nos interessa para este trabalho, nos ateremos ao Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM), que segundo Lobosque (2001, p. 164), “se apresenta como uma entidade da sociedade civil, que articula usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental na luta pela extinção da lógica manicomial.” Esse coletivo “se organiza como um movimento social, sendo ainda um laboratório no qual se criam projetos, ações, estratégias e intervenções que dão corpo à utopia antimanicomial” (CASTRO, 2008, p. 222). Constituído predominantemente por usuários, seus familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental, o Fórum vem se destacando, desde o início dos anos de 1990, na luta pela ampliação e melhoria da política de saúde mental em Minas Gerais, sobretudo em Belo Horizonte e região metropolitana. São razões como essas, que justificam, portanto, um olhar que se detenha sobre o FMSM como objeto de estudo. Logo, dada a importância desse movimento, o elegemos como elemento central em nosso processo investigativo, buscando responder à questão acima enunciada.

Nossa opção foi por delimitar a presente pesquisa a uma temporalidade inscrita entre os anos de 1987 e 1994, dada a necessidade de abordar as condições históricas, sociais e políticas que culminaram na emergência de um movimento social como o Fórum Mineiro de Saúde Mental. A escolha desse período justifica-se por ser 1987 o ano de fundação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e o ano de 1994 a constituição jurídica do FMSM. Com o desenvolver da pesquisa, no entanto, surgiu a necessidade de retrocedermos a momentos históricos anteriores ao mencionado há pouco, isso porque a origem de muitas questões relacionadas à saúde mental brasileira atual está em eventos que remontam, sobretudo as décadas de 1970 e 1980. Antecipa-se, portanto, que este trabalho empreenderá uma construção de uma discussão de ordem histórica, destacando os elementos

conjunturais e o campo de forças presentes na configuração da luta antimanicomial no período estudado.

Assim sendo, para responder à problematização supracitada, a pesquisa aqui proposta visa, como **objetivo geral**, identificar e sistematizar as condições de emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental considerando aspectos políticos, sociais e econômicos ocorridos entre os anos de 1987 e 1994, identificando seus efeitos, influências e reverberações sobre o FMSM.

Por sua vez, para contemplar o objetivo geral então proposto, este trabalho de investigação tem por **objetivos específicos**: a) traçar um painel de eventos políticos, sociais e econômicos no âmbito estadual – Minas Gerais, e municipal – Belo Horizonte, do período estudado; b) caracterizar as demandas específicas da área da saúde mental no contexto acima mencionado que contribuem para o fortalecimento do movimento antimanicomial, justificando a emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Buscando apresentar a operacionalização da investigação acima delineada, o presente trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro deles, apresentaremos os conflitos, as questões e as teorizações sobre movimentos sociais, Estado e Sociedade Civil recorrentes nas discussões contemporâneas acerca dos movimentos sociais. Adicionalmente, ainda neste capítulo, discorreremos sobre o percurso metodológico adotado para a condução da investigação que deu origem a esta dissertação, destacando elementos como a caracterização da investigação empreendida, a escolha das fontes de informações, bem como os instrumentos de coleta e a perspectiva adotada para a análise das mesmas.

Na sequência, em um segundo capítulo apresentaremos um panorama das relações entre Estado e Sociedade Civil no Brasil, apontando como estas relações, mesmo com modificações ao longo do período, deixaram uma marca autoritária do Estado sobre a Sociedade Civil, a qual ainda influencia a atual configuração do cenário brasileiro.

Em um terceiro capítulo, será realizada uma incursão histórica, almejando apresentar uma visão geral do contexto sociopolítico e das condições de emergência, de desenvolvimento e de transformação do movimento antimanicomial. Serão apresentadas também as interfaces desse movimento com a política pública de saúde mental, evidenciando uma relação marcada pela influência mútua.

No quarto e último capítulo, serão apresentadas as informações referentes às condições de emergência do Movimento Antimanicomial de Minas Gerais coletadas, focalizando a consequente constituição do Fórum Mineiro de Saúde Mental enquanto um núcleo do Movimento Antimanicomial nacional. As informações analisadas nesse capítulo servirão de

instrumentação para, a um só tempo: 1) apontar respostas à problematização feita no início desta dissertação; 2) ampliar a discussão acerca do posicionamento do Movimento Social Antimanicomial frente às novas características das relações entre o Estado e a Sociedade Civil, constituídas no Brasil pós 1988.

Este trabalho é composto ainda por um último tópico, no qual elaboramos algumas considerações finais acerca das condições de emergência do Movimento Social Antimanicomial, em geral, e do Fórum Mineiro de Saúde Mental, em particular.

Um último esclarecimento que se faz pertinente quanto à organização deste trabalho, visando evitar um estranhamento do leitor desavisado, está no fato de que, mesmo que as falas dos sujeitos de pesquisa tenham sido coletadas com vistas à construção do quarto e último capítulo, elas serão encontradas no capítulo anterior. Isso se deveu pelo fato de que, especificamente para a composição do terceiro capítulo, a entrevista realizada com um dos colaboradores em muito complementou os textos teóricos acerca do tema ali abordado, sendo produtiva a antecipação da inserção de trechos das entrevistas já no terceiro capítulo deste trabalho.

## **CAPÍTULO 01**

### **CONFLITOS, QUESTÕES E TEORIZAÇÕES RECORRENTES NAS PESQUISAS SOBRE O MOVIMENTO SOCIAL ANTIMANICOMIAL.**

O presente capítulo busca atender a duas finalidades. A primeira, expor alguns dos posicionamentos teórico-epistemológicos sobre movimentos sociais, Estado e Sociedade Civil recorrentes nas discussões contemporâneas acerca do movimento social, detendo-se, quando necessário, ao Movimento Antimanicomial. Já a segunda, apresentar o percurso metodológico por nós construído na configuração da investigação que deu origem a esta pesquisa.

No primeiro momento, partindo de uma rápida exposição sobre as dificuldades de conceituar assertivamente o que são movimentos sociais, mostramos como a existência de tal dificuldade não tem impedido o surgimento de paradigmas teórico-epistemológicos distintos nos estudos sobre o tema. Entre esses paradigmas possíveis para estudar e refletir sobre os movimentos sociais, apresentamos um painel com os principais posicionamentos de Alain Touraine, de grande contribuição para esse trabalho. Concluimos este primeiro momento com a apresentação de concepções da pesquisadora brasileira Maria da Glória Gohn acerca dos Novos Movimentos Sociais, além das ideias de Antônio Gramsci sobre o Estado e a Sociedade Civil, que também têm sido presenças constantes nas investigações sobre o tema.

Já no segundo momento deste capítulo, apresentaremos o desenho metodológico por nós configurado para a realização da investigação empreendida. Nestes termos, tópicos como caracterização da pesquisa, fontes de informações, instrumentos de coletas e modo de análise das mesmas são entremeados por justificativas para a nossa opção por um estudo sobre o Movimento Social Antimanicomial, de modo geral; e sobre o Fórum Mineiro de Saúde Mental, em particular.

#### **1.1 Movimentos sociais: um conceito de difícil delineamento**

Não há como uma investigação que proponha se debruçar sobre a temática dos movimentos sociais escapar de um conhecido dilema enfrentado por pesquisadores do assunto: a dificuldade de se definir o que são, afinal, os movimentos sociais. Já na abertura do seu consagrado verbete *Movimentos Sociais*, Gianfranco Pasquino aponta para essa questão, ao afirmar que eles constituem um “tema fascinante tanto como debatido e controverso”, apesar de ocuparem “um lugar central na teoria e na reflexão sociológicas, quer dos

[movimentos] contemporâneos, quer dos clássicos (PASQUINO *in.*: BOBBIO *et. al.*, 2004, p. 787).

Ampliando uma discussão apenas esboçada por Goss e Prudêncio (2004), essa dificuldade de definição, ou mesmo a imprecisão entre aquelas que já foram elaboradas, poder-se-ia justificar por algumas questões. Uma primeira delas estaria relacionada ao fato de que uma conceitualização assertiva de movimentos sociais esbarraria sempre numa problemática de simetria entre empiria e teoria, a qual se explicaria pelo fato de que os movimentos primeiro surgiriam nas lutas sociais deflagradas em diversos contextos para, só posteriormente, serem objeto de apropriação por pesquisadores dedicados ao seu estudo.

Ainda em diálogo com as já mencionadas autoras, outro componente que contribuiria para a dificuldade na construção delineada de um conceito de movimentos sociais estaria nas “expectativas por parte de pesquisadores-militantes em relação ao poder de transformação dos movimentos, perdendo-se muitas vezes de vista a capacidade de avaliar a dimensão real de suas potencialidades” (GOSS; PRUDÊNCIO, 2004, p.76). Dito de outro modo, a falta de um distanciamento objetivo das causas pelas quais um movimento existiria incorreria o pesquisador no risco da construção de definições de natureza distorcidas e reducionistas.

Um terceiro ponto que torna mais complexa a elaboração de uma definição mais assertiva sobre os movimentos sociais estaria no entendimento, comum entre alguns estudiosos do tema, da “sociedade civil, *locus* dos movimentos sociais, como reservatório de virtudes” (GOSS; PRUDÊNCIO, 2004, p.76), implicando na “sobrevalorização do potencial político dos atores sociais e a crença numa falsa independência em relação a partidos políticos e outras organizações” (*id, ibd*). Tal entendimento, muito dele fundamentado no que Dagnino (2004, p.98) chamou de “visão homogeneizadora tanto do Estado quanto da sociedade Civil”<sup>3</sup>, mais uma vez levaria à elaboração de conceitualizações tendenciosas e, principalmente, de ordem maniqueísta e dicotomizada.

Mesmo com todos esses elementos contribuindo para tornar a elaboração de definições assertivas de movimentos sociais uma tarefa complexa, um quadro consideravelmente diversificado de teorias sobre eles veio sendo desenhado nas produções realizadas nas Ciências Sociais. Nestes termos, já se dando por assentado o entendimento de que uma noção de movimentos sociais nunca será consensual, configura-se, acerca deles, um quadro teórico

---

<sup>3</sup> Em seu texto *Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?*, Evelina Dagnino refere-se à necessidade de se repensar a análise recorrente das relações Estado-sociedade civil clivada na acepção de que a sociedade civil é considerada como um “polo de virtudes democratizantes” e o Estado como a “encarnação do mal e obstáculo fundamental à participação e à democratização” (Cf. DAGNINO, 2004, p.98).

que aponta para a existência de vários paradigmas epistemológicos, alguns bem divergentes entre si.

Nesse sentido, Alexander<sup>4</sup> (1998) *apud* Picolotto (2007) faz alusão a uma polarização de concepções teóricas acerca dos movimentos sociais entre o modelo clássico – europeu – que privilegia as interpretações históricas das revoluções determinadas pelas estruturas sociais; e o modelo da interpretação norte-americano, que valoriza a organização e mobilização de recursos por atores sociais. Na mesma direção, isto é, mostrando a diversidade de teorias neste campo, Gohn (2004) localiza os movimentos sociais em quatro grandes paradigmas, sendo o norte-americano, o europeu subdivido em duas vertentes - a marxista e a dos novos movimentos sociais – e o latino-americano<sup>5</sup>. Toda a alegada consistência teórica garantida pela configuração de diferentes paradigmas interpretativos dos movimentos sociais não fez, como se percebe, com que as definições sobre eles tomassem contornos mais precisos.

No entanto, entre o movimento pendular conceitual para um ou outro polo dos paradigmas acima mencionados, reconhece-se, hoje, que, a partir dos anos 1970, conforme destaca Scherer-Warren (1996), as concepções marxistas, que consideravam o papel das classes sociais como singular para a compreensão da sociedade, passaram a ser cada vez mais relativizadas. Assim sendo, passou-se a uma problematização do que Laclau (1986) chamou de *tipificação das conceituações tradicionais de conflitos sociais* em que:

a determinação da identidade dos agentes era feita através de categorias pertencentes à estrutura social; o tipo de conflito era determinando em termos de um paradigma diacrônico-evolucionário; e a pluralidade de espaços de conflito social era reduzida, na medida em que os conflitos se politizavam, a um espaço unificado, onde a presença dos agentes era concebida como uma ‘representação de interesses’ (LACLAU, 1986, p.01).

Ainda segundo Laclau (1986), no que ele chama de *novos movimentos sociais*, haveria uma ruptura nas bases sedimentares dessa *tipificação*. Isso porque tais movimentos apontariam: 1) a posição que o sujeito assumia nas relações de produção não determinaria necessariamente suas demais posições sociais; 2) não era mais possível determinar a realidade por meio de estágios que apareceriam como sucessivas fases do desenvolvimento da sociedade; e 3) o político seria uma dimensão presente em toda a prática social e não apenas

<sup>4</sup> ALEXANDER, Jeffrey C. **Ação coletiva, cultura e sociedade civil**. Revista brasileira de ciências sociais. V. 13, n. 37, p. 05-30.

<sup>5</sup> Para uma discussão detalhada sobre esses paradigmas, leia-se GOHN (2004), referenciado na bibliografia deste trabalho.

em um espaço específico. Tais fundamentos estariam, assim, na configuração dos movimentos sociais que ganharam força na Europa do final dos anos 1960 e, mais recentemente, na América Latina. Em comum, os movimentos sociais que emergiram nesses cenários tinham como uma de suas principais características o foco nas questões identitárias, sem se basearem nos modelos totalizantes de sociedade antes privilegiados. No que se referia aos paradigmas configurados para discutir os movimentos sociais, tal mudança colocaria a problemática do sujeito no cenário das teorias sociológicas, resultando numa crítica contundente à clássica abordagem marxista que priorizava a análise sob a ótica da luta de classes. Já para os estudos sobre movimentos sociais propriamente ditos, tal deslocamento passaria a produzir uma polêmica distinção entre os chamados *movimentos sociais tradicionais* – ainda voltados para as categorias inspiradas nas teorias marxistas – e os *novos movimentos sociais* que, reconhecendo a perda da estabilidade das posições de classe, centrar-se-iam em numerosas formas de identificação social autonomizadas (p. ex. negros, gays, ambientalistas, loucos, feministas, ruralistas, imigrantes...) com os sujeitos assumindo diferentes identidades. Nesse contexto, ganharam força as teorizações desenvolvidas pelo sociólogo francês Alain Touraine que – mesmo tendo desenvolvido numerosos estudos sobre trabalhadores e estudantes junto com uma oportuna investigação sobre o sistema acadêmico americano, bem como apresentado refinadas reflexões sobre as especificidades da América Latina – tem sido respeitadamente reverenciado pelas contribuições teóricas acerca dos movimentos sociais.

## **1.2 As contribuições de Alain Touraine para as teorizações sobre os movimentos sociais**

O paradigma teórico de Alain Touraine encontra-se alinhado ao que se convencionou chamar de teoria acionalista ou ciência da ação social. Renegando a ideia marxista de que a sociedade é regida por uma macroestrutura determinista, Touraine parte da concepção de que a ação social é desenvolvida pelos sujeitos históricos ou atores sociais. Estes são agentes ativos na sociedade em geral e têm capacidade de demandar e reivindicar aquilo que lhes é caro, além de produzir mudanças no meio social e material em que se inserem. Nos dizeres do próprio autor

o ator não é aquele que age em conformidade com o lugar que ocupa na organização social, mas aquele que modifica o meio ambiente material e sobretudo social no qual está colocado, modificando a divisão do trabalho, as formas de decisão, as relações de dominação ou as orientações culturais (TOURAINÉ, 2012, p. 220-221).

Segundo uma interpretação que Gohn (2010) faz da obra de Touraine, “o sujeito não é uma reflexão do indivíduo sobre si mesmo, seu interior ou espelho de sua intimidade. Ele é ação, é um trabalho, que nunca coincide com a experiência individual. A experiência a que ele se refere é a coletiva, o aprendizado a partir do coletivo” (GOHN, 2010, p. 95). Nestes termos, podemos afirmar que a concepção de sujeito para o autor se conecta diretamente a de movimento social, pois o sujeito é a constituição do indivíduo como ator. Assim, “é impossível separar o indivíduo da sua situação social” (TOURAINÉ, 2012, p. 248) e, com isso, “o sujeito só existe como movimento social” (TOURAINÉ, 2012, p. 249). Alegando que “o sujeito se constrói simultaneamente pela luta contra os aparelhos e pelo respeito do outro como sujeito” (TOURAINÉ, 2012, p. 302), o sociólogo francês adverte que:

sem essa passagem para o movimento social, o sujeito corre o risco de dissolver-se na individualidade; sem esse recurso a um princípio não social de ação na vida social, a ideia de movimento social cai na tentação alienante de se conformar com o sentido da história. Não existe sujeito sem engajamento social, não existe movimento social sem apelo direto à liberdade e à responsabilidade do sujeito (TOURAINÉ, 2012, p. 302).

Fundamentado nessas premissas, Touraine leva-nos a compreender que uma teorização sobre os movimentos sociais deve se fundamentar nas ações coletivas e nas lutas de atores sociais. Cabe destacar, no entanto, que embora este sociólogo enfatize a importância da ação social, ele não ignora totalmente os efeitos que a estrutura e a ‘historicidade’ exercem sobre os atores. Na verdade, segundo sua concepção, a sociedade não seria simplesmente o resultado de ações ou eventos, mesmo que discretos, que a formariam.

Assim sendo, para que uma ação produzisse novos elementos de estrutura social (aqueles pelos quais a sociedade seria produzida), ela deveria trabalhar por meio de e contra as instituições e formas culturais relativamente permanentes existentes. Exatamente por isso, o autor, mais de uma vez, argumenta que a *classe* – como padrão de um conjunto de condições determinadas – deveria abrir caminho para o reconhecimento de que ações, e não condições determinadas, revelariam relações de dominação e subordinação e, que, portanto, se outrora os estudos sobre as ações coletivas punham foco na noção de *classe*, deveriam, no tempo presente, abrir caminho para a noção de *movimento social*.

A grande consequência de todo esse quadro, ainda na interpretação do autor, seria a eclosão de um contexto em que o tipo de formação social vigente seria um em que se pudesse intervir para alterar sua própria estrutura, cada vez mais fragilizando sociedades rigidamente

hierárquicas e baseadas em classes. Isso, não significaria, contudo, o alcance de uma igualdade completa e sim o reconhecimento da instabilidade das fronteiras sociais.

Nesse outro cenário,

deve-se reconhecer que as novas contestações não visam criar um novo tipo de sociedade, menos ainda libertar as forças de progresso e de futuro, mas “mudar a vida”, defender os direitos do homem, assim como o direito à vida para os que estão ameaçados pela fome e pelo extermínio, e também o direito à livre expressão e à livre escolha de um estilo e de uma história de vida pessoais. É exatamente nas sociedades industrializadas que se formam esses novos movimentos sociais, mas eles se formam também nas ações de defesa das populações mais pobres e mais dominadas. Daí o internacionalismo desses movimentos que de longe ultrapassam o movimento operário do início do século [XX], antes de 1914 (TOURAINÉ, 2012, p. 262).

Nessa perspectiva delineada por Touraine, pelo que se percebe, também o Estado ganharia outra significação que não apenas a do antigo entendimento (de teor marxista) de que ele seria um mero aparato burocrático possuidor das formas legítimas de uso da força. Logo, nesse enquadramento, o Estado não seria apenas o aparelho de poder. Ele seria, como bem explica Gohn (2004), um agente social de ação e transformação, uma força social de mudança histórica. Desde que pressionado pelos movimentos sociais e sofrendo suas influências, o Estado, mesmo que não cedesse de imediato em suas ‘convicções’, não se restringiria apenas a uma ação repressora das discordâncias e sim estaria aberto a uma mudança, mesmo que esta só viesse a ocorrer pela persistência das ações coletivas dos atores sociais.

E como identificar, na infinidade de eventos coletivos existentes em um contexto social, aqueles que deveriam ser considerados como movimentos sociais? Já nas suas reflexões iniciais sobre os movimentos sociais, Touraine apontava que a constituição de um movimento social se daria a partir de três elementos principais: o ator, seu adversário e o que estaria em jogo no conflito, ou como preferem dizer alguns tradutores, um projeto, baseando-se em pelo menos três princípios: totalidade, identidade e oposição.

Pelo princípio de *identidade*, o agente dá uma definição de si mesmo, caracteriza-se em confronto com outros agentes em meio de um conflito que os contrapõe no campo da ação social. “O conflito faz surgir o adversário, forma a consciência dos agentes que se defrontam”: este é o princípio de *oposição*. Finalmente, o princípio de *totalidade* não é senão o princípio de ação histórica por cujo domínio lutam os adversários entrincheirados [...] (PASQUINO *in.*: BOBBIO, 2004, p.789a).

Em reflexões mais recentes, o sociólogo francês tem insistido na especificidade dos eventos que devem ser considerados como movimentos sociais, advertindo que “o essencial, aqui, é reservar a ideia de movimento social a uma ação coletiva que coloca em causa um modo de dominação social generalizada” (TOURAINÉ, 2006, p. 18). E, continuando o raciocínio, completa:

entendo que uma relação social de dominação só pode suscitar uma ação que mereça o nome de movimento social se atuar sobre o conjunto dos principais aspectos da vida social, ultrapassando as condições de produção de um setor, de comércio ou de troca ou, ainda, a influência exercida sobre sistemas de informação e educação (TOURAINÉ, 2006, p.19)

Nota-se, com isso, que nem todas as manifestações coletivas que tenham lugar na sociedade, sejam elas atuais ou pretéritas, encaixar-se-iam nessas premissas básicas que o autor considera para se ter um movimento social. Tal designação não poderia, por exemplo, ser atribuída a meros movimentos de oposição, restritivos na sua própria lógica, os quais, para o autor, designar-se-iam como movimentos históricos:

É necessário distinguir claramente, em cada tipo de sociedade, os movimentos sociais propriamente ditos que foram evocados, os conflitos estruturais dessa sociedade que opõem os detentores do poder econômico e social e aqueles a eles submetidos, movimentos de outra natureza que, na falta de melhor expressão, designo como movimentos históricos e que podem ser claramente definidos pelos conflitos surgidos em torno da gestão da mudança histórica (TOURAINÉ, 2006, p. 25).

Mesmo reconhecendo que movimentos sociais e movimentos históricos possam frequentemente se unir e mesmo se confundir (Cf. TOURAINÉ, 2006, p. 25), o sociólogo francês insiste que, por exemplo, os conflitos de classe *per se*, não se constituiriam como movimentos sociais, já que não se inscreveriam naquelas premissas básicas acima apresentadas. Para além delas, Touraine insiste ainda que:

um movimento social é a combinação de um conflito com um adversário social organizado e da referência comum dos dois adversários a um mecanismo cultural sem o qual os adversários não se enfrentariam, pois poderiam se situar em campos de batalha ou em domínios de discussão completamente separados, o que impediria, por definição, tanto o conflito e o enfrentamento quanto o compromisso ou a resolução de um conflito (TOURAINÉ, 2006, p. 19).

Essa passagem permite compreender, portanto, que não é o mero antagonismo entre adversários em um evento social que faz desse evento um movimento social. Isso porque, o

enfrentamento a ser realizado se dá em um nível macro, da ordem do social, e não entre indivíduos entre si, como poderiam pensar alguns. Do mesmo modo, cabe destacar, ainda com base nas palavras do autor acima transcritas, a centralidade ocupada pelo que o autor chama de *mecanismo cultural*, condições culturais nas quais se inscrevem os adversários, e cujo enfrentamento permitirá uma interferência no modo como toda uma sociedade compreende a(s) identidade(s) associada à causa pela qual se luta(m).

Cabe destacar, finalmente, que, embora perceba a importância dos movimentos sociais como parte integrante do sistema de forças atuantes na sociedade, Touraine adverte que os movimentos

não são em si mesmos, agentes negativos ou positivos da história, do processo de modernização ou da libertação da humanidade. Eles são fruto de uma relação de produção e organização social, uma relação dupla – de identidade e de oposição –, e não se dirigem fundamentalmente contra o Estado, pois não são lutas por meras conquistas de poder. Um movimento social é ao mesmo tempo um conflito social e um projeto cultural (GOHN, 2004, p. 146-147).

Os movimentos sociais nesta perspectiva são fruto de uma vontade coletiva, assim, Touraine<sup>6</sup> (1978, p. 35 *apud* GOHN, 2004, p. 145) afirma que “eles falam de si próprios como agentes de liberdade, de igualdade, de justiça social ou de independência nacional, ou ainda como apelo à modernidade ou a libertação de forças novas, num mundo de tradições, preconceitos e privilégios”.

Conforme mencionado no início desse tópico, todo esse adensamento teórico proporcionado por autores como Touraine aos estudos sobre movimentos sociais não tem impedido a reconhecida dificuldade de se criarem definições assertivas sobre o que vêm a ser os movimentos sociais. Fato inconteste, no entanto, é que as teorizações de autores como as do sociólogo francês permitem a identificação de paradigmas teóricos para os estudiosos do campo, abrindo possibilidades de estudo para trabalhos de investigação como este, a partir da identificação de formas de indagar os movimentos sociais.

### **1.3 Características e categorias de análise dos Novos Movimentos Sociais sintetizadas por Maria da Glória Gohn**

Sem colocar um ponto final em toda a questão sobre a conceitualização dos movimentos sociais, o livro *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e*

---

<sup>6</sup> TOURAINE, Alain. *Le voix et le regard*. Paris, Seuil. 1978.

*contemporâneos*, de Maria da Glória Gohn, constitui-se como uma obra singular no que se refere à configuração de um norteamento teórico para as pesquisas no campo. Nesse livro, a autora não só sistematiza as principais teorias e paradigmas correspondentes sobre os movimentos sociais na produção contemporânea das Ciências Sociais, como também destaca a produtividade do paradigma dos Novos Movimentos Sociais (NMS) como referencial teórico de temáticas atuais como a da presente investigação. Nestes termos, ampliando o que é sugerido pela autora, entendemos que tal paradigma nos oferece um conjunto de categorias analíticas bastante produtivas para analisarmos o objeto central deste trabalho: o movimento antimanicomial.

O paradigma dos NMS despontou no “cenário sociopolítico da Europa, a partir dos anos [19]60, e passou a influenciar os estudos dos movimentos sociais brasileiros, na década de [19]70” (PEREIRA, 2001, p. 91). Ele surgiu a partir dos limites apontados por alguns teóricos acerca do paradigma marxista ortodoxo, o qual analisava os movimentos sociais sob uma perspectiva macro-estrutural com ênfase nos fatores político-econômicos; e também a partir de críticas “aos esquemas utilitaristas e às teorias baseadas na lógica racional e estratégica dos atores” (GOHN, 2004, p. 121). Cabe destacar, no entanto, que mesmo tecendo críticas ao marxismo, os NMS não o descartaram totalmente, mantendo com ele certo diálogo.

Partindo desses pressupostos críticos, afirma Maria da Glória Gohn, autores adeptos do paradigma do NMS como Touraine, Offe, Melucci, Laclau e Mouffe, entre outros, criaram esquemas interpretativos dos movimentos sociais que enfatizavam a cultura, a ideologia, as lutas sociais cotidianas, a solidariedade entre as pessoas agrupadas em movimentos sociais e o processo de identidade. Para Gohn (2004, p. 141) “os Novos Movimentos Sociais não constituem uma teoria homogênea, um bloco referencial teórico uno; há correntes diferenciadas”. A autora agrupa essas correntes em “três blocos: a francesa, com os estudos de Alain Touraine; a italiana, liderada por Alberto Melucci; e a alemã, na qual se destaca o trabalho de Claus Offe”. Pelo destaque dado por nós no tópico anterior deste capítulo, percebe-se que consideramos o que Gohn chama de corrente francesa como produtiva para as reflexões que serão feitas na investigação aqui proposta.

Gohn (2004, p. 121-123) aponta para cinco características básicas dos NMS. 1) Adoção de um modelo teórico baseado na cultura. Os NMS compreendem a cultura sob uma perspectiva mais ampla e dinâmica, em detrimento daquela visão que a percebia como funcionalista e com um conjunto fixo e predeterminado de normas e valores herdados do passado. 2) Negação do marxismo ortodoxo. Os NMS negam o marxismo clássico devido sua incapacidade de ele dar conta de explicar a ação dos indivíduos e a ação coletiva na sociedade

contemporânea. Assim, enquanto o marxismo tratava a ação coletiva apenas no nível das estruturas e da ação das classes determinadas de forma macrossocial, o novo paradigma aposta em outros campos – como o da política e o da cultura – para explicar a ação coletiva.

3) Substituição do sujeito histórico predeterminado pelo ator social. O sujeito histórico predeterminado e configurado pelas contradições do capitalismo é eliminado pelos NMS e substituído por um sujeito coletivo, não hierarquizado e crítico, que luta contra as discriminações de acesso aos bens da Modernidade e participam mais ativamente das ações coletivas como atores sociais.

4) Redefinição e ênfase na política. Nas análises dos NMS, a política ganha centralidade e passa a ser vista como uma dimensão da vida social, abarcando todas as práticas sociais.

5) Abordagem dos atores sociais à luz das ações coletivas e da identidade coletiva. Tendo centralidade nas análises dos NMS, a identidade é parte constitutiva da formação dos movimentos sociais e o crescimento desses se dá em função da defesa daquela.

Por sua vez, Scherer-Warren (2003, p. 53) afirma que “os Novos Movimentos Sociais, atuando mais diretamente no seio da sociedade civil, representam a possibilidade de fortalecimento desta em relação ao aparelho do Estado”. Ou seja, a capacidade de os NMS empreenderem mudanças na vida em sociedade não reside apenas na atuação deles no aparelho do Estado. Assim, eles são capazes de promover mudanças tanto no âmbito da política quanto no âmbito da sociedade civil. Na verdade, ao expandirem a noção de política para além das instituições estatais, de modo que ela alcance as relações sociais como um todo, os NMS “passam a fazer política, basicamente a partir da sociedade civil, e não apenas a política oficial, estatal, de luta pelo poder nas estruturas do Estado” (GOHN, 2004, p. 141).

Nestes termos, até meados da década de 1980, os NMS se contrapunham “ao poder do Estado, mas não se apresentavam como uma alternativa a este poder” (GOHN, 2004, p. 130). Sabe-se, porém, que os NMS se movem no território dos fatores sócio-político-culturais e buscam processar mudanças não só na área cultural como também construir uma identidade política, tendo como principal objetivo assegurar direitos sociais para seus integrantes. Nesses termos, mesmo que muitas vezes os NMS se vissem obrigados a “aliar-se a partidos políticos, por exemplo, [como] uma necessidade estratégica imperiosa para atingir a sociedade política, para tentar mudar as leis e algumas estruturas de organização da sociedade como um todo”, a noção de política por eles desenvolvida não se restringe a isso. Assim sendo, o entendimento dos NMS é o de que “é preciso atuar em duas frentes: nas mentalidades, da sociedade em geral, e na estrutura das leis que regulamentavam as relações sociais vigentes” (GOHN, 2004,

p. 130). Logo, nos NMS, a construção de pautas políticas se faz a partir de elementos culturais presentes no cotidiano da sociedade.

Ao desconstruir a noção de que a ação coletiva deveria ocorrer apenas focada nas estruturas macrossociais e conceber o seu executor como um ator social com capacidade crítica e de participação ativa, os NMS apresentam a sua organicidade de modo a valorizar o coletivo de seus integrantes. Tais características fazem com que os NMS, no que diz respeito à sua organização, “se apresentem mais descentralizados [...], com estruturas colegiadas, mais participativos, abertos, espontâneos e fluidos” (GOHN, 2004, p. 126).

Desse modo, a atuação dos NMS se dá de forma mais cooperativa, sobretudo no planejamento e promoção de eventos e manifestações. Além disso,

eles usam a mídia e as atividades de protestos para mobilizar a opinião pública a seu favor, como forma de pressão sobre órgãos a políticas estatais. Por meio de ações diretas, buscam promover mudanças nos valores dominantes e alterar situações de discriminação, principalmente dentro de instituições da própria sociedade civil (GOHN, 2004, p. 125).

Mais recentemente, as discussões sobre os movimentos sociais – em particular as de teor acadêmico – passaram a se deter sobre a questão da adequação ou não da terminologia Novos Movimentos Sociais, problematizando, às vezes de forma contundente, o adjetivo existente nessa expressão. Tal discussão, no entanto, talvez pela sua emergência recente, não tem, ainda, interferido, como se percebe, nas reflexões recentes sobre movimentos sociais ou na operacionalização das investigações sobre a temática. Assim, ela se configura de forma a orientar-se muito mais no âmbito do confronto semântico – tal qual a busca por uma definição assertiva de movimento social – que no das práticas efetivadas e lutas travadas pelos atores sociais que corporificam esses movimentos.

Para além de todo esse debate, cabe destacar que, em suas sistematizações e reflexões Gohn (2004) oferece, ainda, uma proposta metodológica para análise dos movimentos sociais que se evidencia como útil a estudos como o proposto neste trabalho. Trata-se uma proposta através da qual se deve considerar os aspectos internos e externos dos movimentos sociais.

No que se referem aos primeiros - os elementos internos básicos de um movimento social a ser pesquisado – segundo a autora, constituem-se como relevantes categorias de análise: suas demandas e reivindicações e os repertórios de ações coletivas que geram sua composição social, sua ideologia, seu projeto, sua organização, suas práticas. Já em relação aos últimos – ou seja, no aspecto externo - deve-se considerar como categorias a serem destacadas: o contexto do cenário sociopolítico e cultural em que o movimento se inscreve; os

opositores (quando existirem); as articulações e redes externas construídas pelas lideranças e militantes em geral; as relações do movimento com outros movimentos e lutas sociais; suas relações com os órgãos estatais e demais agências da sociedade política; suas articulações com instituições e atores da sociedade civil, além de suas relações com a mídia em geral (GOHN, 2004, p 255).

Nos termos da autora, uma investigação que tenha como objeto de estudo os movimentos sociais contemporâneos deve, ainda, se ater às representações que eles têm de si próprios e do outro; suas conquistas e derrotas; e a cultura política que constroem ao longo de suas trajetórias (GOHN, 2004, p 255).

O presente trabalho, portanto, objetivando responder à problematização exposta na Introdução, opta por investigar o movimento antimanicomial segundo essa proposta metodológica feita por Gohn (2004), recorrendo, quando necessário, às reflexões e proposições de Alain Touraine. Trata-se simplesmente de uma opção por um enquadramento que nos parece produtivo para as discussões que aspiramos fazer – um modo, entre tantos outros possíveis, de ver o (e refletir acerca do) objeto sobre o qual nos detemos – sem, contudo, considerar que outros paradigmas ou orientações teóricas não poderiam ser usados por outros investigadores para a mesma finalidade. Nestes termos, como se verá no percurso metodológico apresentado no tópico seguinte, a presente pesquisa focou-se, conforme a demarcação feita por Maria da Glória Gohn nos aspectos externos do movimento social antimanicomial. Isso porque, conforme já explicitado, interessa-nos neste momento identificar/ analisar as condições de emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

#### **1.4 Sociedade Civil e Estado: termos na perspectiva de Antônio Gramsci**

Os termos Sociedade Civil e Estado estão presentes nas argumentações de diversos pensadores das Ciências Sociais, sustentando variadas linhas teóricas, sobretudo na Ciência Política. Assim sendo, os conceitos Estado e Sociedade Civil não são consensuais. Ao contrário, são muito polissêmicos; o que torna a tarefa de defini-los bastante difícil.

A polissemia dessas expressões está presente, por exemplo, em Bobbio (*et al*, 2004), Bobbio (1987) e Dallari (2005). Nessas obras, os autores expõem uma enorme diversidade de acepções sobre Sociedade Civil, definida e interpretada por pensadores como Hobbes, Kant, Rousseau, Marx, Hegel e Gramsci (Bobbio, *et al*, 2004). O mesmo ocorre com o termo Estado, que possui inúmeras concepções fazendo com que as “tipologias das formas de

Estado [sejam] tão variadas e mutáveis que podem tornar incômoda, e talvez inútil, uma completa exposição delas” (BOBBIO, 1987, p. 113).

Não é nosso objetivo, neste trabalho, elucidar detalhadamente cada uma das inúmeras acepções de Estado e de Sociedade Civil, nem tampouco esgotar as polêmicas em torno deles. Para as pretensões desta pesquisa, interessa-nos apresentar uma noção de Estado e de Sociedade Civil que nos possibilite compreendê-los no âmbito do debate acerca das relações entre os dois no contexto brasileiro. Para tanto, nos apoiaremos na concepção gramsciana de Estado e Sociedade Civil que, como veremos, “em nenhum momento sugere serem ambas as instâncias internamente integradas e isentas de contradições” (PEREIRA, 2011, p. 160), fato este que se revela bastante produtivo para debatermos as relações entre as duas instituições.

Carlos Nelson Coutinho, ao prefaciar o livro *Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário*, de autoria de Maria Lúcia Duriguetto, define Sociedade Civil, a partir de uma interpretação da obra de Antônio Gramsci, como sendo “a esfera da vida social na qual os diferentes grupos e classes sociais se organizam para disputar hegemonia, ou seja, para interferir diretamente na correlação de forças que determina o conteúdo do poder numa formação social concreta” (DURIGUETTO, 2007, p. 12). A concepção de *hegemonia* se faz muito importante para se entender o propósito revolucionário da Sociedade Civil na perspectiva gramsciana. Nestes termos, cabe esclarecer que a “palavra hegemonia vem do grego e significa dirigir, guiar, conduzir. Gramsci usa esse termo para designar a conquista de consenso entre as classes, por oposição ao termo *coerção*, que designa o domínio pela força” (PEREIRA *In.*: CFESS/ ABEPSS, 2009, p. 297).

Na perspectiva gramsciana, a revolução pela força, com a tomada violenta e abrupta do Estado por parte da Sociedade Civil, por meio de um ataque frontal ao poder estatal, só se justifica nas sociedades do “oriente, onde o Estado era tudo e a Sociedade Civil era primitiva e gelatinosa” (SEMIONATTO, 2011, p. 46). Já na sociedade ocidental, a Sociedade Civil apresenta-se mais autônoma em relação ao Estado. Assim, nesta parte do mundo, a Sociedade Civil seria capaz de empreender um processo revolucionário que se daria de forma processual, com o acúmulo progressivo de rupturas nos âmbitos da política, da cultura, da economia e da ideologia. Nestes termos,

o embate girava em torno da conquista da hegemonia, a ser obtida no âmbito da sociedade civil. Esta estratégia, denominada por Gramsci ‘guerra de posição’, encerra em si um processo de luta para a conquista da direção político-ideológica e do consenso dos setores mais expressivos da população, como caminho para a conquista e conservação do poder. A ‘guerra de posição’ supõe o consenso ativo, ou seja, organizado e

participativo, implicando também unidade na diversidade, um movimento dialético e democrático (SIMIONATTO, 2011, p. 46).

Sendo a *esfera da vida social*, a Sociedade Civil abarca uma infinidade de instituições e organizações coletivas como os sindicatos, os partidos políticos, os movimentos sociais, as associações, o sistema educacional, as igrejas, as organizações profissionais, a mídia, entre outras. O conjunto dessas instituições “[é] responsável pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologias” (COUTINHO<sup>7</sup>, 1996, p. 54 *apud* PEREIRA, 2011, p. 159).

Na perspectiva gramsciana, a Sociedade Civil localiza-se no âmbito da superestrutura e, juntamente com a Sociedade Política<sup>8</sup>, compõe o *Estado Ampliado*. É dentro deste último que a Sociedade Civil exerce função de ser o espaço “onde se decide a hegemonia, onde se confrontam os diversos projetos de sociedade, até prevalecer um que estabeleça a direção geral na economia, na política e na cultura” (SEMERARO<sup>9</sup>, 1999, p. 76 *apud* DURIGUETTO, 2007, p. 55). Diferentemente da Sociedade Política, que exerce o seu poder através do domínio e da *coerção*, utilizando para tanto os “aparelhos coercitivos do Estado” (MONTAÑO, 2011, p. 46), a Sociedade Civil busca a construção da hegemonia de forma política e consensual. Na Sociedade Civil “os grupos e as classes sociais realizam a organização da representação de seus interesses e o encaminhamento de suas manifestações sociopolíticas através dos ‘aparelhos privados de hegemonia’, cuja adesão é voluntária ou contratual” (MONTAÑO, 2011, p. 46).

Assim sendo, a noção posta pela perspectiva gramsciana acerca da Sociedade Civil a coloca como portadora de uma potencialidade para alterar os rumos econômicos, políticos e culturais da sociedade por meio da defesa de seus interesses, contrabalanceando a correlação de forças atuantes no heterogêneo e contraditório contexto social. Isso porque há, na Sociedade Civil, instituições representativas de interesses de diversos setores, grupos e classes sociais – assim, se esses interesses estão representados, eles podem ser defendidos –, bem como há instituições que são capazes de criar e disseminar uma grande variedade de valores simbólicos e ideológicos que, em última instância, podem se configurar em estratégias para a defesa de interesses de grupos específicos.

---

<sup>7</sup> COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 1996.

<sup>8</sup> Trata-se de um “conjunto de aparelhos por meio dos quais a classe dominante detém ou exerce o monopólio legal ou de fato da violência; trata-se, portanto, dos aparelhos coercitivos do Estado, encarnados nos grupos burocrático-executivos ligados às forças armadas e políticas e à aplicação das leis” (COUTINHO, 1996, p. 53 *apud* PEREIRA, 2011, p. 159).

<sup>9</sup> SEMERARO, G. **Gramsci e a Sociedade Civil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

Bobbio (2004, p. 1210) afirma que “Sociedade Civil e Estado não são duas entidades sem relação entre si, pois, entre um e outro, existe um contínuo relacionamento”. Para este autor, não há como “determinar o significado e delimitar a extensão da Sociedade Civil senão redefinindo simultaneamente o termo Estado e delimitando a sua extensão”. (BOBBIO, 1987, p. 33).

De fato, como vimos acima, na perspectiva gramsciana, há uma relação orgânica entre Estado e Sociedade Civil. Ou seja, para Gramsci, a Sociedade Política – esfera da coerção – se expressa no Estado *stricto sensu*. Este, juntamente com a Sociedade Civil – esfera do consenso e da disputa pela hegemonia – dão origem ao Estado Ampliado (MONTAÑO, 2011). Nos dizeres do próprio Gramsci, “na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de Sociedade Civil (no sentido, seria possível dizer, de que o Estado = Sociedade Política + Sociedade Civil. Isto é, hegemonia couraçada de coerção)” (CORREIA, *In* MOTA, 2008, p. 113).

Nestes termos, “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados” (MONTAÑO, 2011, p. 45). Desse modo, o Estado é utilizado para manter a hegemonia de um grupo social em detrimento de outro. E, para “manter o consenso, o Estado incorpora demandas das classes subalternas<sup>10</sup>. No Estado, estas buscam ganhar espaços na Sociedade Civil, na tentativa de criar uma nova hegemonia [...]” (CORREIA, *In* MOTA, 2008, p. 113).

Neste sentido, para Semionatto (2011), a luta incessante pela conquista da hegemonia por parte das classes sociais adquire características de um movimento dialético, pois

pode ocorrer, de um lado, a rearticulação da classe dominante, que através da coerção procura recompor a sua hegemonia (uma vez que possui uma capacidade maior de organização) através de ‘sacrifícios’, concessões ou promessas demagógicas. De outro, as classes dominadas podem ampliar a sua articulação e, portanto, o seu consenso, e reverter as relações hegemônicas a seu favor, ocupando espaços para se tornar classe dirigente (através do consenso) e dominante (isto é, condutora do poder) (SEMIONATTO, 2011, p. 48).

---

<sup>10</sup> Gramsci nos alerta que quando as concessões e encaminhamentos de transformações sociais ocorrem sem que tenham sido fruto da luta e reivindicações da classe dominada, isso não passa de uma estratégia da classe hegemônica com o objetivo de cooptar e dominar ainda mais as classes subalternas. Neste contexto, as transformações sociais são caracterizadas como “‘revolução sem revolução’ [...] ou ‘revolução passiva’, de uma revolução onde os principais sujeitos históricos são excluídos do processo e cooptados pela hegemonia de classes totalmente alheias aos seus interesses” (SEMIONATTO, 2011, p. 49).

Assim, o Estado é, pois, um espaço representativo não de um grupo ou classe sociais específicos, mas sim daquele grupo ou classe que, em um dado momento, conseguiu hegemonizar seus interesses no aparato estatal. Como o poder não se sustenta apenas pela coerção (Sociedade Política), faz-se necessário que os detentores da hegemonia busquem se legitimar também por meio do consenso na Sociedade Civil.

Em síntese, o Estado, para Gramsci, vai constituir sua forma de organização e seu modo de intervenção em função da organização dos aspectos social, político, econômico e cultural de uma dada sociedade. Tais aspectos, por sua vez, serão determinados pelos jogos de interesses e correlação de forças presentes nos diversos grupos e classes sociais existentes.

## **1.5 Percorso metodológico desta investigação**

### **1.5.1 Caracterização da pesquisa**

Os questionamentos geradores deste estudo, bem como os posicionamentos teóricos que o orientam caracterizam-no como uma pesquisa de enfoque qualitativo. Nestes termos, trata-se de uma investigação que está preocupada “menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 2004, p. 102). Esse enfoque qualitativo dá-se também pelo fato de ser esta “uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social” (RICHARDSON, 2011, p. 79), caso do movimento social antimanicomial de um modo geral e do Fórum Mineiro de Saúde Mental em particular.

Tal qual definido por Lüdke e André (1986, p. 17) este trabalho se detém sobre o estudo de um tema (movimento social antimanicomial) a partir de um caso específico, delimitado e de contornos claramente definidos (Fórum Mineiro de Saúde Mental). Assim sendo, esta investigação consiste em um estudo de caso, considerando aquilo que ele tem de único e de particular, sem ignorar, contudo, sua potencialidade para nos permitir fazer reflexões mais amplas sobre situações de ordem semelhante. Mais especificamente, este trabalho se alinha com o que Bogdan e Biklen (1994, p. 90) nomeiam de “estudos de casos de organizações, numa perspectiva histórica”. Segundo esses autores, estudos desse tipo “incidem sobre uma organização específica, ao longo de um período determinado de tempo, relatando o seu desenvolvimento” (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p. 90).

Cabe destacar, neste momento, que a apresentação dos conflitos, questões e teorizações que iniciaram este capítulo não foi feita objetivando a utilização dos posicionamentos dos autores destacados como enquadramento epistemológico para uma

análise das informações coletadas. Nestes termos, objetivando responder à questão de pesquisa por nós empreendida, este trabalho opera com procedimentos de coleta e análise de informações que permitem afirmar que ele se configura como uma narrativa histórica acerca das condições de emergência do Fórum Mineiro de Saúde de Mental.

No Brasil, ampla tem sido a divulgação do que se convencionou chamar de *pesquisa histórica*, entendendo que este é um tipo de investigação que se ocupa de “localizar, avaliar e sintetizar sistemática e objetivamente as provas, para estabelecer os fatos e obter conclusões referentes aos acontecimentos do passado” (BORG<sup>11</sup>, 1974, p. 81, *apud*, RICHARDSON, 2011, p. 245), detendo-se sobre fontes primordialmente escritas. Apesar de se ocupar de um interesse semelhante às pesquisas deste gênero, este trabalho, dada a natureza recente do tema estudado (o Movimento Social Antimanicomial) e às especificidades do objeto de pesquisa (o Fórum Mineiro de Saúde Mental), não se limita, como se verá, à coleta e análise de informações oriundas de fontes exclusivamente escritas. Com isso, a narrativa histórica sobre a qual se investe neste trabalho soma à tradicional análise de textos escritos recorrente na *pesquisa histórica* uma análise de registros oriundos de fontes orais. Nestes termos, a presente dissertação consiste em uma narrativa histórica que alinha procedimentos da *pesquisa histórica* com o que se convencionou chamar de *história oral*, uma vez que esta nos permitirá, por sua vez:

ampliar o conhecimento sobre acontecimentos e conjunturas do passado através do estudo aprofundado de experiências e versões particulares; de procurar compreender a sociedade através do indivíduo que nela viveu; de estabelecer relações entre o geral e o particular através da análise comparativa de diferentes testemunhos [...] (ALBERTI, 2004, p.19)

### 1.5.2 Um caso relevante: O Fórum Mineiro de Saúde Mental

Esta pesquisa foi realizada no município de Belo Horizonte – Minas Gerais, focando o Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM). A escolha do FMSM como caso norteador deste trabalho se deu por razões diversas. A primeira e mais importante delas é que FMSM é, atualmente, o Núcleo antimanicomial integrante da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA) mais antigo e mais atuante de Minas Gerais. A segunda é que o FMSM constitui-se como espaço privilegiado para se observar, sob diversos aspectos, a dinâmica de existência, o funcionamento e a atuação de um movimento social antimanicomial, temática central deste trabalho.

---

<sup>11</sup> BORG, Walter. Educational research: na introduction . In: ISAAC, S. **Handbook in research and evaluation**. San Diego: Robert Knapp, 1974.

Por último, a escolha do FMSM deu-se pela reconhecida importância do Estado de Minas Gerais para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e pelo aspecto inovador da experiência do FMSM, em atividade há vinte anos. Nestes termos, o presente trabalho se propõe a preencher uma lacuna existente no campo de estudos que se detenham sobre as condições de emergência do FMSM.

### 1.5.3 Fonte de informações

Buscando manter uma coerência com a nossa opção feita pela abordagem qualitativa do objeto da presente pesquisa, bem como, o aspecto histórico a ela inerente, consideramos três fontes privilegiadas de informações, sendo, duas delas de dados primários – coletados por meio de pesquisa documental e pesquisa empírica –, e uma delas de dados secundários – coletados através de pesquisa bibliográfica.

Nestes termos, o acesso às fontes de dados para a realização desta pesquisa ocorreu em dois momentos. O primeiro deles consistiu na consulta de documentos e leitura de produções bibliográficas diversas as quais nos possibilitaram construirmos um percurso histórico de acontecimentos alicerçado em um diálogo com documentos, textos, opiniões e posicionamentos de autores já consagrados tanto no campo da saúde mental, quanto na área dos movimentos sociais. Em um segundo momento, coletamos os dados por meio de uma pesquisa empírica. Nesta etapa utilizamos como instrumento de coleta de dados a entrevista não estruturada “também conhecida como entrevista em profundidade, em vez de responder à pergunta por meio de diversas alternativas pré-formuladas, visa obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes de um determinado problema” (RICHARDSON, 2011, p. 208). Este tipo de entrevista, nos possibilitou provocar no entrevistado um depoimento que revelasse dados e fatos capazes de reconstituirmos historiograficamente o contexto de surgimento do FMSM. Essas entrevistas foram registradas em gravador eletrônico, e posteriormente transcritas.

Em relação aos sujeitos colaboradores abordados por meio das entrevistas optamos por defini-los por “inclusão progressiva – sem demarcar *a priori* o número de participantes – que é interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação” (MINAYO, 2007, p. 48). Antes da escolha dos sujeitos de pesquisa, foi necessário que frequentássemos as reuniões ordinárias do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Trata-se de encontros realizados no primeiro sábado de cada mês na capital mineira, em espaço

geralmente disponibilizado pela prefeitura local<sup>12</sup>, dado o fato de o Fórum não possuir uma sede própria para a ocorrência dessas reuniões. Desse modo, por meio do acompanhamento dos encontros mensais, foi possível estabelecer contato com lideranças do FMSM, as quais nos indicaram alguns nomes de pessoas fortemente ligadas à área da saúde mental em Minas Gerais. Desse modo, foi possível estabelecer a inclusão dos primeiros sujeitos colaboradores da presente pesquisa: alguns militantes que participavam do FMSM desde a sua fundação.

A partir do contato com esses primeiros sujeitos, e por indicação deles, incluímos entre os colaboradores também pessoas que, embora não estivessem frequentando o FMSM naquele momento, testemunharam o surgimento e parte da evolução desse movimento social. A esse grupo de colaboradores, somou-se, ainda, um colaborador que, mesmo não tendo atuado diretamente no FMSM, viveu a conjuntura histórica, política e social retratada neste trabalho, o que justificou sua inclusão no grupo de sujeitos de pesquisa.

Além destes perfis de colaboradores, cabe destacar aqui que, por sugestão da banca de qualificação da proposta de pesquisa, foi feito contato com uma série de pesquisadores do tema por nós tratado, sem que obtivéssemos, no entanto, uma compatibilidade de agendas que permitisse a participação dos mesmos quando da coleta de informações para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Nestes termos, ao final da etapa de busca por colaboradores, contamos com a contribuição de quatro pessoas, sendo que duas delas nos concederam duas entrevistas cada uma; totalizando, assim, seis entrevistas realizadas. Esse contato entre o pesquisador e os colaboradores ocorreu pessoalmente, oportunizando explicar a cada um deles os objetivos da pesquisa e as expectativas em relação à colaboração de cada informante. Todos os sujeitos tiveram a oportunidade de escolher o horário e o local onde foram realizadas as entrevistas.

Buscando manter um sigilo em relação aos nossos colaboradores, os mesmos não terão seus nomes verdadeiros grafados no texto. Assim sendo, adotamos a estratégia de substituímos cada entrevista realizada por uma letra seguida de um número. Deste modo, obtivemos o QUADRO 1, apresentado a seguir:

### QUADRO 1

#### Identificação das entrevistas realizadas

Entrevista	Código de identificação
Primeira entrevista	E1

<sup>12</sup> Todas as reuniões que frequentamos no ano de 2013 e de 2014 realizaram-se no Auditório da Secretaria Municipal de Política Social.

Segunda entrevista	<b>E2</b>
Terceira entrevista	<b>E3</b>
Quarta entrevista	<b>E4</b>
Quinta entrevista	<b>E5</b>
Sexta entrevista	<b>E6</b>

Cabe esclarecer, finalmente, que as etapas em que o uso dos instrumentais acima citados para a coleta de informações ocorreram, não foram estanques e sequencialmente rígidas, isto é, elas se interpenetraram e mutuamente se influenciaram. Desse modo, a procura de novas fontes bibliográficas e/ ou documental ocorreu por vezes direcionada por informações adquiridas em alguma das entrevistas. O contrário, também ocorreu, ou seja, voltamos a campo às vezes entrevistando a mesma pessoa pela segunda vez, quando a bibliografia e/ ou documentos nos apontou novos detalhes que mereceram ser apurados por quem os testemunharam.

#### 1.5.4 Estratégias de análise

As informações, coletadas por meio das entrevistas em profundidade, foram organizadas e categorizadas de acordo com evidências factuais e cronológicas que possibilitaram remontar a história do contexto de surgimento do FMSM no período estudado. Essa reconstituição histórica feita por meio da pesquisa empírica foi em seguida, articulada às informações referentes aos fatos históricos já registrados por autores ou mesmo pelos documentos consultados. Isso permitiu uma reconstituição do passado, de modo que as fontes orais, por vezes, preencheram espaços vazios ou contextos pouco explorados pelos documentos consultados.

Considerando “a importância do contexto econômico, político e social mais amplo em qualquer processo de reforma psiquiátrica” (VASCONCELOS, 2008, p. 52), todas as informações oriundas das fontes orais, escritas e documentais reunidas quando da coleta de dados foram trabalhadas em uma perspectiva conjuntural, buscando compreender as inter-relações dos fatos políticos, sociais, econômicos e culturais que teceram as condições de emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Desse modo, buscamos fazer uma análise que permitisse compreender como aqueles fatos, juntos, multideterminaram a emergência do FMSM com as características particulares do momento de sua constituição jurídica no ano de 1994.

## **CAPÍTULO 02**

### **MUDANÇAS NAS RELAÇÕES ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS MOVIMENTOS SOCIAIS**

Neste capítulo apresentamos um panorama das relações entre Estado e Sociedade Civil no Brasil antes de 1988, apontando como estas relações, mesmo se modificando ao longo do período, deixaram uma marca autoritária do Estado sobre a Sociedade Civil.

Mostramos o reestabelecimento, pela Constituição Federal de 1988, do Estado Federativo brasileiro, com suas consequentes aberturas para mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade Civil, sobretudo aquelas que dizem respeito à construção da possibilidade do controle social do Estado por parte da Sociedade Civil organizada. No bojo dessas mudanças, exploramos as alterações ocorridas na participação popular nas dimensões do planejamento, da execução e da avaliação das políticas públicas, sobretudo com a criação de canais institucionalizados de controle social, os quais almejam garantir o envolvimento da Sociedade Civil organizada nos processos de tomada de decisão do Estado. Finalmente, este capítulo apresenta as consequências de todo esse processo para os movimentos sociais, no que diz respeito tanto às mudanças de estratégias de militância desses movimentos, quanto à redefinição dos seus lugares e suas posturas no jogo das suas relações com o Estado.

#### **2.1 Panorama das relações entre Estado e Sociedade Civil no Brasil antes de 1988**

É consenso entre alguns autores – como Netto (2007), Lustosa da Costa (2010), Duriguetto (2007) –, que o padrão relacional entre Estado e Sociedade Civil no Brasil sempre foi marcado pelo autoritarismo do primeiro – geralmente dominado e dirigido pela burguesia – contra a segunda. Assim, para Netto (2007, p. 18),

foi próprio da formação social brasileira que os segmentos e franjas mais lúcidas das classes dominantes sempre encontrassem meios e modos de impedir ou travar a incidência das forças comprometidas com as classes subalternas nos processos e centros políticos decisórios. A socialização da política, na vida brasileira, sempre foi um processo inconcluso – e quando, nos seus momentos mais quentes, colocava a possibilidade de um grau mínimo de socialização do poder político, os setores de ponta das classes dominantes lograram neutralizá-los. Por dispositivos sinuosos ou mecanismos de coerção aberta, tais setores conseguiram que um fio condutor costurasse a constituição da história brasileira: a exclusão da massa do povo no direcionamento da vida social.

Neste contexto, a Proclamação da República, em 1889, trouxe para o Brasil mudanças na forma de governo, sem, entretanto, promover mudanças nas relações sociais: manteve-se a pobreza da esmagadora maioria da população e prevaleceu o caráter exploratório de uma pequena elite que se fez hegemônica no aparelho do Estado. Tanto foi assim, que o advento da República, como afirma Sodré (2002, p. 313) “nem é assinalado por reformas importantes que marcam as fases de mudanças de regime político [...] A aceitação plena e pacífica [da Proclamação da República] dá uma tonalidade aos acontecimentos, rápidos, superficiais, consumados e tranquilamente recebidos”. Assim sendo, logo de início, o governo provisório, revelara o seu caráter conservador, permitindo a prevalência de uma política baseada na troca de favores e práticas patrimonialistas, coronelistas e personalistas. Nos anos que se seguiram, o país foi governado pelo poder das oligarquias agrárias, sobretudo aquelas oriundas dos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Neste sistema de governo, como afirma Carvalho (2013), o povo não tinha lugar no sistema político. Assim, desde a Proclamação da República até 1930, “não havia povo organizado politicamente [...]. A participação na política nacional, [...] era limitada a pequenos grupos. A grande maioria do povo tinha com o governo uma relação de distância, de suspeita, quando não de aberto antagonismo” (CARVALHO, 2013, p. 83).

O período compreendido entre 1930 e 1945 foi marcado por grandes transformações no país: crescimento da sociedade urbana, ampliação da indústria e conseqüente aumento do poder da burguesia empresarial em relação às oligarquias, crescimento da classe média e do operariado e a conquista, por parte destes, de espaços na vida política do país. Carvalho (2013) afirma que o país viveu nessa época, uma fase de grande agitação política, com ampliação e a organização dos movimentos políticos – multiplicação dos sindicatos e associações de classes, surgimento de vários partidos políticos e criação de movimentos políticos de massa em âmbito nacional. Entretanto, a participação popular nesse período foi apenas esboçada, já que ocorreu de forma “hesitante e mal organizada” (CARVALHO, 2013, p. 144). Além disso, não houve, segundo Carvalho (2013) tempo para o aprendizado da participação em função da brusca interrupção pelo Golpe de 1937 e conseqüente instalação do governo ditatorial de Getúlio Vargas, que perdurou até 1945. Registra-se também nesse período um expressivo avanço dos direitos sociais<sup>13</sup>, o qual se deu “em ambiente de baixa ou nula participação política” (CARVALHO, 2013, p. 110). Numa análise das relações entre o Estado e a Sociedade nesse período, Duriguetto (2007, p. 132) argumenta que permaneceu

---

<sup>13</sup> Neste período, destaca-se a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Desenvolvimento de ações e criação de legislação nas áreas trabalhistas, previdenciária social e sindical. (Cf. CARVALHO, 2013).

“recorrente [a] exclusão da participação popular nos processos de decisão política”. Isso porque,

[...] o velho sistema oligárquico de dominação acab[ou] derrotado mas não [foi] substituído por um regime democrático, e sim por uma articulação elitista administrada por um Estado que submete[u] a sociedade a si, dedicando-se à montagem de um complexo mecanismo de controle político e social das massas emergentes[...] (NOGUEIRA<sup>14</sup>, 1998, p. 37 *apud* DURIGUETTO, 2007, p. 133)

Logo após o fim da ditadura Vargas, em 1946, foi promulgada uma nova Constituição Federal. Essa Carta Magna “manteve as conquistas sociais do período anterior e garantiu os tradicionais direitos civis e políticos. Exemplo disso é que, até 1964, houve liberdade de imprensa e de organização política” (CARVALHO, 2013, p. 127). De fato, no período compreendido entre 1945 e 1964, diversos partidos políticos nacionais foram organizados, a legislação social e sindical foi estendida aos trabalhadores rurais – propiciando o surgimento do sindicalismo rural –, o direito ao voto passou a ser estendido a todos os homens e mulheres com mais de 18 anos de idade e se constituiu a justiça eleitoral. Esse período caracterizou-se, embora com algumas limitações, como “o primeiro experimento democrático da história do país” (CARVALHO, 2013, p. 131). Tais limitações abrangiam a participação do povo na política, não só nas eleições, mas também nas ações políticas organizadas em partidos. Nestes termos, ocorreram retrocessos como o impedimento legal da atuação do Partido Comunista, com a cassação do seu registro em 1947; intensificação da repressão aos sindicatos; restrição do direito de greve, que só era legal se fosse autorizado pela Justiça do Trabalho; e persistência de proibição do voto para os analfabetos e os cabos e militares das forças armadas (CARVALHO, 2013, p. 127-128).

Desse modo, oscilando entre avanços e retrocessos, o período compreendido entre 1945 e 1964 foi marcado por uma efervescência da sociedade brasileira, que através de suas organizações civis – como a União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil (ULTAB), a União Nacional dos Estudantes (UNE), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), o Instituto Cultural do Trabalho (ICT), o Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais (IPES) e muitas outras –, empreenderam lutas e pressões no âmbito da economia, da luta política, da cultura, dos direitos civis, da educação, da pesquisa do desenvolvimento comunitário, etc. (LANDIN, 1993, p. 27 - 28). “A emersão de[ssas] amplas camadas trabalhadoras, urbanas e rurais no

---

<sup>14</sup> NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

cenário político, galvanizando segmentos pequeno-burgueses (com destaque para camadas intelectuais) e sensibilizando parcelas da igreja católica e da Forças Armadas, era um fato novo na vida do país” (NETTO, 2007, p. 22). Essa novidade acaba por colocar em cheque a estabilidade da hegemonia do bloco agrário-industrial dominante, que à época buscava recuperar sua hegemonia no aparelho do Estado. Com relação à composição da classe dominante nesta época, Sodré (2002, p. 443) afirma que

nela aparecem os latifundiários como a mais velha das classes, que deteve o poder político por longo tempo e [à época] o partilha com a burguesia, vivendo da renda e encarnando as relações de produção mais atrasadas, que entravam a expansão das forças produtivas, ligando-se ao imperialismo pelos laços do comércio exterior e dos empréstimos externos feitos na maioria em seu benefício. Segue-se a burguesia, composta pelos industriais, comerciantes, banqueiros e capitalistas agrícolas, classe recente em nossa história, repartida em alta e média, aquela partilhando já o poder com os latifundiários, esta sofrendo a tributação desigual, as limitações do crédito e inúmeras outras dificuldades.

Neste contexto, temos uma forte polarização não só dos conflitos sociais da época, como também das disputas políticas em curso, tensionando as relações tanto entre classes sociais antagônicas – hegemônica X subalterna –, como também dentro do próprio bloco dominante – alta X média burguesia e burguesia X latifundiários.

Vendo-se então em um dilema e buscando derrotar as forças democráticas e populares que estavam em curso no país e, ainda, neutralizar os seus principais protagonistas, os setores dominantes lançam mão de um golpe de Estado que acaba forçando o Brasil a retroceder a uma era antidemocrática. “Nesse sentido, o movimento cívico-militar de abril [de 1964] foi inequivocamente reacionário – resgatou precisamente as piores tradições da sociedade brasileira” (NETTO, 2007, p. 25).

Instaurado à força em 1964, o governo ditatorial buscou neutralizar potenciais formas de reação da sociedade brasileira, suspendendo os direitos políticos dos cidadãos, empreendendo a censura e utilizando de explícita violência da repressão policial. Perseguições, prisões e tortura se fizeram cotidianas à época. No plano político, o governo militar ditava suas regras por meio da promulgação dos Atos Institucionais, os quais conferiam, em escala ascendente, poderes ao Presidente da República. Assim, o chefe do executivo passou a poder cassar mandatos e direitos políticos, extinguir partidos políticos, estabelecer o fim das eleições diretas para governadores e prefeitos das capitais, entre outras arbitrariedades.

No âmbito econômico, instituiu-se um modelo de desenvolvimento caracterizado pela ampliação e aceleração dos processos de modernização e industrialização capitalista com forte presença do Estado na economia. Nesse contexto, o Estado investiu pesado em obras e ofereceu incentivo e subsídios que beneficiavam sobretudo o setor industrial. Com isso as decisões estatais passaram a coordenar diretamente os rumos da economia nacional, vinculando-a cada vez mais ao capital internacional. Essa “reedição da modernização conservadora” (BEHRING, 2008, p. 136) por parte do governo militar se desdobraria em altos níveis de urbanização e industrialização, com consideráveis índices de crescimento econômico. Entretanto, a expansão da economia da época e “o processo acelerado de urbanização e industrialização, além de não alterarem a estrutura fundiária herdada do período colonial, promoveu uma concentração de riquezas e de acesso seletivo aos equipamentos e serviços públicos sem precedentes no país” (FEDOZZI, *In*. FLEURY *et al*, 2009, p. 206).

No âmbito das relações entre o Estado e a Sociedade Civil, esse período ficou marcado como extremamente autoritário e com empreendimentos diversos por parte do Estado, na tentativa de reprimir e controlar a Sociedade Civil. Nesse contexto,

o Estado passa a centralizar as decisões em nível federal e prioriza obras de grande porte em detrimento daquelas menores, referentes à infraestrutura e aos equipamentos urbanos em nível local. Há também o fechamento do Congresso Nacional, interrompendo assim os canais democráticos da nação. Posteriormente, criam-se dois partidos – ARENA e MDB –, para dar legitimidade de fachada às ações ditatoriais. Inúmeros deputados e líderes sindicais foram cassados e, somente em 1964 e 1965, houve 433 intervenções nos sindicatos, cujos líderes são mortos, banidos, torturados e perseguidos (PEREIRA, 2001, p. 115).

Além dessas estratégias mais coercitivas, foram utilizados também mecanismos mais sutis – porém não menos autoritários – para controle da Sociedade Civil, como a expansão da política social, a qual é incrementada com “a oferta de serviços sociais, sobretudo na área da saúde, pela crescente incorporação de novos grupos no usufruto de serviços e benefícios (empregadas domésticas, trabalhadores autônomos)” (ROSA, 2003, p. 98). Em outras palavras, a busca pela legitimação do Estado junto à Sociedade Civil passou a ser “enfrentada num mix de repressão e assistência” (BEHRING, 2008, p. 136).

Embora sob intensa e violenta repressão policial, a Sociedade Civil reagia, manifestando publicamente suas insatisfações. Passeatas eram organizadas por estudantes, greves eram realizadas por operários. Houve reações e manifestações por parte de setores da Igreja Católica; reagem também alguns artistas e alguns partidos de oposição. Enfim, a Sociedade Civil buscava pressionar os ditadores em favor da democracia. Cabe destacar que

essa conjuntura política era bastante desfavorável à participação popular, marcando antagonicamente a relação entre o Estado e a Sociedade Civil.

Sendo um dos atores presentes na Sociedade Civil, os movimentos sociais passaram a caracterizar suas ações empreendidas como sendo “antiestado, antipartido, antissistema político em geral, sendo o Estado realmente visto como um inimigo” (CARDOSO, *In*. DAGNINO, 1994, p. 82). Nestes termos, considerava-se como maculosa qualquer tipo de aliança ou de parceria entre Estado e movimento social. Nestes termos, quanto mais distante o movimento social se mantivesse do Estado, melhor; ou seja, os movimentos passaram a pautar seus preceitos e suas ações pela “autonomia tanto em relação ao Estado autoritário, quanto em relação às suas práticas populistas e clientelistas, que contaminavam os movimentos que com ele se relacionavam” (MONTAÑO, 2011, p. 333).

Em oposição a toda e qualquer movimentação empreendida pela Sociedade Civil, o governo militar respondia enrijecendo o regime, ampliando a repressão e perseguindo qualquer forma de oposição. Intensificou-se, assim, a censura, que passou a ser prévia, controlando ainda mais os jornais, os livros, as peças teatrais, o rádio, a televisão. Nessa época, a marca do autoritarismo na relação entre o Estado e a Sociedade Civil ficava cada vez mais evidente, “as organizações e movimentos sociais são violentamente reprimidos [...] Sindicatos e universidades sofrem intervenção federal, partidos políticos são dissolvidos, lideranças são reprimidas. Censura-se a imprensa, perseguem-se intelectuais” (LANDIM, 1993, p. 29).

O início da década de 1970 ficou marcado como um “período que combinou a repressão política mais violenta já vista no país, com índices também jamais vistos de crescimento econômico” (CARVALHO, 2013, p. 158). De fato, no plano econômico, foi um período de importante desenvolvimento da economia, crescimento da produção industrial e das exportações, configurando o que se chamou de “milagre econômico” brasileiro.

Porém, o milagre brasileiro durou apenas alguns poucos anos, já que em “1974, começam a transparecer as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador-conservador do regime, em função dos impactos da economia internacional” (BEHRING, 2008, p. 137). Nestes termos, profundamente vinculada e dependente de uma conjuntura internacional, a economia brasileira entraria em colapso simultaneamente à crise mundial desencadeada pelo aumento brusco do preço do petróleo. Na análise de Netto (2007), os problemas enfrentados pela economia brasileira seriam, entre outras, uma das razões que fariam com que o regime ditatorial militar começasse a ruir. Assim sendo, “na crise do ‘milagre’, que a partir daí só faria aprofundar-se, inscreveram-se as determinações que, pela

mediação da resistência democrática e pela ação do movimento popular, desembocariam na crise do regime autocrático burguês” (NETTO, 2007, p. 40).

Desse modo, em meados dos anos 1970, o regime militar então vigente apresentava os primeiros abalos em sua estrutura, especialmente com a contínua perda de legitimidade frente à sociedade, muito dela causada pelo fim do milagre econômico e de seu consequente impacto na economia, desencadeados a partir de 1973. Nesse contexto, a insatisfação por parte da sociedade tornou-se generalizada, suscitando questionamentos e críticas acerca de questões como a má qualidade da saúde e da educação, a precarização das condições de habitação, o acirramento da carestia, entre outras. Tal situação desembocou em “um avanço das forças de resistência e desenvolveu-se a prática de enfrentamento do regime militar” (PEREIRA, 2001, p. 123). Enfrentamentos estes que se deram por diversas frentes de confronto, quais foram: políticas, sociais, populares, filosóficas e culturais. Em consequência disso, empreenderam-se, pelas diversas regiões do país, lutas pela expansão da cidadania e pela implantação da democracia. É, pois, nessa ocasião, que “o processo da resistência democrática se alarga e se aprofunda, atraindo setores e protagonistas antes vinculados ao movimento golpista ou por ele neutralizados, levando o regime à defensiva, a concessões e, no limite, a negociar as vias de transição [...]” (NETTO, 2007, p. 34).

Não conseguindo mais manter sua hegemonia apenas pela força e coerção, a classe hegemônica da época se vê obrigada a buscar o consenso na Sociedade Civil. Para tanto, faz algumas concessões: restabelece-se o *habeas corpus*, concede-se maior liberdade de imprensa de modo a ampliar as formas de expressão populares, concede-se anistia a condenados políticos, possibilita-se às pessoas se organizarem de forma político-partidária com o fim do bipartidarismo, retomam-se – em 1982 – as eleições diretas para os governos estaduais. Para Duriguetto (2007, p. 138) as iniciativas do governo militar objetivavam somente “atingir a ‘normalização institucional’, que significava liberalizar o regime não para superar a ordem autoritária, mas para institucionalizá-la”. Ou seja, assistiu-se a um

lento, gradual e arbitrário processo de democratização no país, baseado em um calendário formulado pelo governo [...]. A ampliação, por exemplo, dos direitos eleitorais, ocorreu de forma descontínua, limitada para que as mudanças não escapassem do controle dos dirigentes (VELASCO, 1984, *Apud*, DURIGUETTO, 2007, p. 138)

Apesar das manobras para promover sua autorreforma e, com isso manter sua hegemonia, o projeto autorreformista do regime militar encontrou alguns obstáculos vindos da conjuntura política, social e econômica da época. No aspecto econômico, o regime já não

contava com a “única variável que legitimava o Estado”, ou seja, o “milagre econômico” (NETTO, 2007, p. 40). Nas dimensões social e política destaca-se o ressurgimento, no cenário político, do operariado urbano enquanto ator social reivindicador de seus direitos, mesmo que a reivindicação contrariasse os interesses do Estado. Ressaltou-se também a expansão das ações dos movimentos sociais que passaram a atingir a totalidade do tecido da Sociedade Civil. Nesse sentido, agravou-se a crise de legitimidade da autocracia burguesa (NETTO, 2007, p. 42-43), fazendo com que o governo militar se visse obrigado a iniciar um lento e gradual processo de transição da ditadura para a democracia.

Não podemos deixar de ressaltar, ainda, que foi nesse contexto de busca de consenso do Estado junto à Sociedade Civil que a conjuntura sociopolítica do início dos anos de 1980 passou a favorecer a possibilidade de os movimentos sociais empreenderem novas práticas, sobretudo aquelas que dependiam de uma relação mais próxima com o Estado. Assim, as mudanças nas relações Estado X movimento social começaram a “acontecer a partir de 1982, com as eleições estaduais. Cria-se uma nova relação entre os movimentos e os partidos políticos, por um lado, e entre os movimentos e as agências públicas em geral, por outro” (CARDOSO, 1994, p. 83).

O processo de transição democrática brasileira que nos detemos nestas últimas páginas deste tópico foi analisado por Weffort (1985, p. 56-57) como um processo que se deu “pelo alto”, “por cima”, referindo-se principalmente às iniciativas da própria classe dominante em iniciar o processo. Embora concordemos com a afirmação do autor, não é possível desconsiderar que houve contribuição das pressões exercidas por diversos movimentos sociais das camadas populares e das classes subalternas. Nestes temos, “a nossa chamada ‘transição democrática’ foi assim, fruto da combinação de pressões dos de ‘baixo’ e de operações transformistas ‘pelo alto’” (DURIGUETTO, 2007, p. 138).

“A Nova República começou em clima de otimismo, embalada pelo entusiasmo das grandes demonstrações cívicas em favor das eleições diretas” (CARVALHO, 2013, p. 200). Entretanto, contrariando a vontade popular, uma série de manobras empreendidas pelo bloco dominante, ligado ao recém-derrotado regime militar, impediu a implantação das eleições diretas para a presidência. Assim, foi por meio de eleições indiretas que o país elegeu, após quase 30 anos, um civil para Presidente da República, retomando a “supremacia civil em 1985” (CARVALHO, 2013, p. 199). Apesar desse avanço, bem como de outras conquistas trazidas pelo processo de transição política,

a democracia política não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego. Continuam os problemas da área social, sobretudo na educação, nos serviços de saúde e saneamento, e houve agravamento da situação dos direitos civis no que se refere à segurança individual (CARVALHO, 2013, p. 199).

Persistia então a carestia, já que a redemocratização não eliminou imediatamente os problemas e dificuldades cotidianos enfrentados pela maioria da população. De fato, a expansão e consolidação das instituições democráticas – partidos políticos e processo eleitoral – não se fizeram suficientes para dar conta das necessidades dos diversos sujeitos políticos que compunham a sociedade naquela época. Além disso, grande parte da Sociedade Civil estava desapontada com os governos posteriores à transição democrática – muitos deles corruptos, cujas práticas mantinham fortes traços de nossa política tradicional/ conservadora.

Assim, para Dagnino (2002, p. 10), “o retorno às instituições formais básicas da democracia não produziu o encaminhamento adequado, por parte do Estado, dos problemas de exclusão e desigualdade social nas suas várias expressões”. Buscando alterar este quadro, diversos setores da Sociedade Civil levaram para o processo da Constituinte (1986-1988) o debate acerca da necessidade de democratizar e controlar socialmente o Estado e suas ações. De fato, afirma Pereira (2001, p. 132), “o clima em torno da futura Constituição mobilizou diferentes setores da sociedade civil e política: a elite hegemônica, os setores populares, as instituições religiosas, as organizações educacionais, das áreas de saúde e dos meios de comunicação”.

Assim, nesse período de grande movimentação e mobilização política que “o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na Sociedade Civil sobre o Estado” (CORREIA, *In.* MOTA, 2008, p. 124). Assim, empreendeu-se uma luta não só “pela democratização e publicização do Estado, [como também] a necessidade do controle social, incorporando cinco dimensões: formulação, deliberação, monitoramento, avaliação e financiamento das políticas públicas” (MORONI, *In.* FLEURY *et al.*, 2009, p. 249).

Por um lado, a possibilidade de colocar na pauta das lutas sociais a reivindicação de uma gestão socioestatal mais democrática, participativa e que atendesse melhor aos anseios da população demonstra que o país já contava com “determinadas garantias institucionais e legais à manifestação, expressão e organização políticas consolidadas ao longo da democratização” (FEDOZZI, *In.* FLEURY *et al.*, 2009, p. 207). Por outro lado, a interlocução com o Estado conquistada ao longo dos anos de 1980 só foi possível por que era de interesse

do próprio Estado se legitimar como não repressor e mostrar-se mais aberto e mais democratizado (GOHN, 2004).

De qualquer forma, notam-se então alguns indícios de que a redemocratização política do Estado brasileiro nos anos de 1980 havia contribuído também para redemocratizar as suas relações com a Sociedade Civil, o que amplia as possibilidades de ação para os movimentos sociais, por exemplo. Cabe destacar, no entanto, que embora mais democratizadas – comparadas com as décadas anteriores –, as relações entre Estado e Sociedade Civil nunca deixaram de ser tensas, contraditórias e conflituosas (DAGNINO, 2002). Nos dizeres de Correia, (*In. MOTA, 2008, p. 123*):

A relação do Estado com os movimentos sociais vai mudando na década de [19]80. De um lado, o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas, e, de outro lado, os movimentos sociais presentes na sociedade civil admitem negociar com o Estado, rompendo com a posição ‘de costas para o Estado’. Nesta perspectiva dos movimentos populares que admitem uma interação com o Estado, este é considerado permeado por contradições das lutas políticas entre as classes sociais, podendo incorporar, assim, as demandas das classes populares ao implementar políticas públicas.

## **2.2 As mudanças nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil pós-1988**

A Constituição Federal Brasileira de 1988 foi promulgada após discussões e debates com a Sociedade Civil. Esta Carta Magna expandiu sobremaneira os direitos políticos – universalizando o direito ao voto –; ampliou, também, como nunca visto antes, os direitos sociais –; melhorando aspectos gerais das políticas de educação, saúde, assistência social e previdência social –, resgatou os direitos civis suspensos durante o regime militar e inovou com alguns outros (CARVALHO, 2013).

É no bojo dessas conquistas de direitos inéditos e de expansão daqueles já existentes, que a Constituição Federal de 1988 restabeleceu o Estado Federativo, com suas características de democratização política – retomada de eleições diretas em todos os níveis de governo – e descentralização fiscal e administrativa. O federalismo trouxe, entre outras alterações, uma redefinição de competências e atribuições da gestão das políticas públicas, provocando profundas mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade.

Na busca por “consolidar a democracia, por meio do empoderamento (*empowerment*) das comunidades locais no processo decisório sobre as políticas públicas” (SOUZA, 2004, p.27), a Constituição Federal de 1988 instituiu um sistema político descentralizado, criando canais institucionalizados de participação popular. Estes, por sua vez, passaram a garantir o

envolvimento da sociedade civil organizada nos processos de tomada de decisão do Estado, sobretudo daqueles relacionados ao planejamento, execução e avaliação das políticas públicas.

Ganham força nessa época, por exemplo, a formalização de mecanismos institucionais de participação social democrática como o plebiscito, as ouvidorias, as conferências e os conselhos de direito das diversas políticas públicas (saúde, educação, assistência social, etc.), nos três níveis de governo. Assim, tais mecanismos participativos tornaram-se instrumentos importantes, por meio dos quais os movimentos sociais passaram a poder interpelar o Estado. Assim, para Dagnino (2004, p. 96),

[...] o confronto e o antagonismo que tinham marcado profundamente a relação entre o Estado e a sociedade civil nas décadas anteriores cederam lugar a uma aposta na possibilidade da sua ação conjunta para o aprofundamento democrático. Essa aposta deve[ria] ser entendida num contexto onde o princípio de participação da sociedade se tornou central como característica distintiva desse projeto, subjacente ao próprio esforço de criação de espaços públicos onde o poder do Estado pudesse ser compartilhado com a sociedade.

Com isso, a participação da sociedade civil na formulação, controle e gestão da política pública, no caso da saúde, por exemplo, foi formalizada em 1990, com a promulgação da Lei 8142. Desse modo, ocorreu “uma nova maneira de abrir espaços e um novo modo de gerenciar as políticas públicas” (CARDOSO, *In.* DAGNINO, 1994, p. 87).

Com todas essas mudanças no cenário político, “os movimentos [sociais] foram convidados a participar de mesas, câmaras e conselhos de negociações [...]. O Estado, nessa conjuntura, não era simplesmente o adversário dos movimentos, mas seu principal interlocutor” (GOHN, 2004, p. 287-288). Assim, os diversos atores sociais, entre eles o Movimento pela Luta Antimanicomial – como veremos no próximo capítulo – passaram a ter oportunidade de participar das políticas públicas, como, por exemplo, na área da saúde, na “perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados na Sociedade Civil participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos – e acompanhamento de suas execuções” (CORREIA, *In.* MOTA, 2008, p. 125).

Diante do exposto, percebe-se que, no campo das ações coletivas, houve uma grande mudança no que tangia às estratégias de atuação e uma significativa redefinição de seu lugar e sua postura no jogo das relações entre Estado e sociedade. Assim, a perspectiva movimentalista de ações frontais como os protestos de rua e as passeatas tendeu a perder frequência e intensidade, uma vez que “a expansão dos canais institucionais e

extrainstitucionais de participação e consolidação de direitos passou a ser comumente evidenciada como o eixo da luta dos movimentos sociais [...]” (MONTAÑO, 2011, p. 334).

As mudanças configuradas no contexto brasileiro pós 1988 – com a criação de importantes dispositivos de participação da Sociedade Civil para o estabelecimento de uma gestão pública mais democrática, por um lado, fez com que alguns movimentos sociais se apresentassem com “atitude[s] favoráv[eis] à negociação com a institucionalidade política, levando às arenas públicas suas reivindicações e conflitos” (MONTAÑO, 2011, p. 334).

Por outro lado, a possibilidade de diálogo entre os movimentos sociais e o Estado trazida pelo contexto político dos anos 1980 também desencadeou conflitos internos aos próprios movimentos. Isso porque, tal possibilidade fez com que alguns movimentos sociais colocassem em cheque suas convicções políticas, suas posturas em relação ao Estado, suas linhas teóricas e ideológicas. Exemplo desses conflitos pode ser dado pelas “tensões [geradas] entre as lideranças sobre participar ou não de programas do governo, de conselhos, etc.” (LERBACH, 2011, p. 59). É neste contexto que Cardoso (*In*. DAGNINO, 1994, p. 87) afirma que a redemocratização política, com suas

formas de participação institucional [...] colocou em questão o discurso que os movimentos faziam sobre si mesmos [...]. Na verdade, a própria identidade do movimento estava tão calcada na ideia de espontaneidade e de uma identidade particular criada internamente, que se tornava difícil encontrar os caminhos para participar conjuntamente na administração pública.

Instaurou-se nessa época, o que alguns autores denominaram de ‘crise dos movimentos sociais’. Duriguetto (2007) afirma que as interpretações acerca dessa ‘crise’, por parte de alguns teóricos foram diversificadas. Assim, alguns

ênfaticaram que as demandas das ações coletivas pela construção de canais institucionais de participação junto ao Estado provocaram um abandono de supostos ideais revolucionários e uma adesão a uma perspectiva reformista; outros apontaram para o diálogo com as agências públicas, no seu novo modo de gerenciar as políticas sociais, visto como mecanismos de cooptação ou reminiscência da velha estratégia do regime populista, com isso, os princípios democratizantes, que marcaram as lutas de 1970 e 1980, poderiam ser subsumidos ao clientelismo, corrupção e burocratismo (DURIGUETTO, 2007, p. 167).

Para Gohn (2012), a ‘crise’ dos movimentos sociais é parcial, uma vez que ela afetou somente alguns movimentos – sobretudo os populares, os quais reivindicavam acesso a bens e serviços –, e que nos anos 1990 entram em refluxo. A autora afirma que a ‘crise’ tem suas

causas em elementos internos e externos aos movimentos. Assim, como aspectos causais externos menciona a crise econômica do país, a carestia, a ascensão das políticas neoliberais, a frustração da população em relação à política e ao Estado. Já com relação aos aspectos internos, cita a inexistência de propostas políticas próprias e autônomas, falta de fundamentação das propostas, ausência de agenda política definida, falta de preparo técnico das lideranças.

Na contramão dessa tendência ao refluxo desses movimentos, outros entram em ascensão no início dos anos 1990, sobretudo aqueles “movimentos relacionados aos problemas vivenciados pelas minorias sociais” (ROSA, 2003, p. 119).

Nestes termos, Gohn (2004) afirma que, se nas décadas anteriores a categoria central para se pensar a questão da participação era a autonomia dos movimentos sociais em relação ao Estado, a partir de 1988, as categorias fundamentais para se pensar a participação passaram a ser a cidadania<sup>15</sup> e a exclusão. Assim, para a mesma autora, uma das preocupações de alguns movimentos sociais passou a ser a luta pelo exercício da cidadania de diversos grupos sociais – negros, mulheres, crianças, idosos, loucos – reconhecidos juridicamente na Constituição Federal de 1988. O outro foco de preocupação seria a busca pela inclusão social dos coletivos sociais – desempregados, sem teto, sem terra, vítimas da crescente violência urbana, etc. – que passam a engrossar as expressões da questão social decorrentes das precárias condições socioeconômicas agravadas pelo advento do neoliberalismo no final da década de 1980 e início dos anos 1990.

---

<sup>15</sup> A cidadania a que se refere Gohn (2004) é também denominada por Dagnino (1994) de nova cidadania, ou cidadania ampliada. Nas palavras dessa autora a nova noção de cidadania deriva e, portanto está intrinsecamente ligada à experiência concreta dos movimentos sociais, sobretudo na luta desses pela construção da democracia. Essa concepção de cidadania parte do princípio de que todos têm direito a ter direitos e funda-se na premissa de que a cidadania é algo a ser conquistado, construído por aqueles sujeitos envolvidos no processo “desde baixo”. Além disso, pauta-se na perspectiva de transformações radicais da sociedade, bem como nas suas estruturas de relações de poder. Finalmente, as experiências propiciadas pela cidadania ampliada ou pela nova cidadania “contribuem para reforçar – a existência de sujeitos cidadãos e de uma cultura de direitos que inclui o direito de ser copartícipe da gestão da cidade” (DAGNINO, 1994, p.110).

## CAPÍTULO 03

### O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL COMO UM MOVIMENTO SOCIAL

Se, como vimos no primeiro capítulo, fizemos uma opção teórico-metodológica para investigar o movimento social, conscientes de que tal escolha não é a única, neste capítulo faremos uma incursão histórica almejando apresentar uma visão geral do contexto político e das condições de emergência, de desenvolvimento e de transformação do movimento antimanicomial brasileiro. Buscamos ainda, durante a exposição, apresentar as interfaces desse movimento com a política pública de saúde mental nacional, cuja relação é marcada pela influência mútua.

No que diz respeito à organização deste capítulo, optamos por subdividi-lo em dois tópicos. Assim, no primeiro, apresentamos os antecedentes históricos e o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) – precursor do movimento antimanicomial. Para tanto, tomamos como ponto de partida a década de 1960 – período da franca expansão da privatização da assistência psiquiátrica e da consequente transformação da loucura em um negócio rentável no país – chegando até o final da década de 1970 – quando ocorre o surgimento do MTSM. Ainda neste primeiro tópico, apresentamos o desenvolvimento e as transformações ocorridas no MTSM ao longo da década de 1980.

Em seguida, no segundo tópico, mostramos a emergência, já na condição de movimento social propriamente dito, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O marco inicial deste tópico é o surgimento, em 1987 no Congresso de Bauru, do lema *Por uma Sociedade Sem Manicômios*, quando o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental passa a ser o Movimento Antimanicomial. Apresentamos as diversas lutas empreendidas por várias frentes do Movimento Antimanicomial – muitas delas exitosas – até a realização, em 1993, do I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, com o lema *O movimento antimanicomial, como movimento social*.

Conforme já mencionado no texto introdutório deste trabalho, além das informações oriundas de livros e de documentos, coletadas por meio dessa pesquisa bibliográfica e documental, esse texto contará com informações coletadas, através de entrevista individual gentilmente concedida por um dos colaboradores deste trabalho<sup>16</sup>. Tal colaborador é um

---

<sup>16</sup> O leitor encontrará os dados dessa entrevista referenciados nesse texto por meio da entrada do código de identificação **E1**, conforme já explicado no QUADRO 1, localizado no tópico 1.5.3.

importante militante do Movimento Antimanicomial brasileiro que esteve presente nos principais momentos de organização e desenvolvimento do Movimento.

### **3.1 As condições de emergência no Movimento Antimanicomial**

Na década de 1960, o Brasil foi marcado por uma conjuntura política e histórica bastante específica. O Golpe Militar, ocorrido em 31 de março de 1964 promovera profundas mudanças no cenário social brasileiro, as quais afetaram também a política de saúde mental. Nestes termos, ao comentar sobre o impacto do Golpe de 1964 na saúde mental, Heitor Resende afirma que

o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi marco divisório entre a assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas às precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência<sup>17</sup>, e a notória ideologia privativista do movimento de [19]64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda (RESENDE *In.*: COSTA; TUNDIS, 2001, p. 60-61).

Desse modo, esta foi uma época caracterizada fortemente pela privatização, em larga escala, dos serviços de saúde mental – leiam-se hospitais psiquiátricos. Não bastasse a já questionável eficácia terapêutica da assistência ao doente mental ofertada pelo modelo hospitalar surgiu, nesse período, uma exploração comercial da loucura. Atividade esta que se mostrou bastante rentável, pois a clientela a ser internada nos hospícios aumentava vertiginosamente.

Neste período, enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em [19]65 internou 35.000 pessoas e em [19]70, 90.000 (RESENDE *In.*: COSTA; TUNDIS, 2001, p. 61).

Outro fator que contribuiu para agravar a exploração comercial da loucura foi a falta de controle daquelas internações, bem como o tempo de duração das mesmas. Como

---

<sup>17</sup> A esse respeito Rosa (2003 p. 99) afirma que o advento do movimento de 1964 instaura no país um novo modelo de política social, que possui dois públicos distintos: os contribuintes e os não contribuintes. Os primeiros eram os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, os quais eram denominados beneficiários, e que pagavam pela assistência recebida.; os últimos, os excluídos do mercado formal de trabalho que, classificados como indigentes ou assistidos, recebiam atendimentos gratuitos pelos órgãos públicos.

consequência inevitável desse quadro, o tratamento oferecido a toda a clientela admitida nos hospitais psiquiátricos era cada vez pior.

Sabe-se que o cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental no Brasil desde a inauguração do Hospício Pedro II (em 1852) – primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – esteve centrado na internação psiquiátrica do paciente, cujo modelo assistencial caracterizava-se pela exclusão social e, sobretudo o afastamento do interno de suas interações familiares (AMARANTE, 2003). Já no período aqui em relevo – décadas de 1960 e 1970 –, soma-se àquela realidade a transformação da loucura em negócio rentável e promissor, graças a internações de péssimas qualidades e por períodos excessivamente longos. Nesse contexto, um imenso número de pacientes era assistido por poucos recursos humanos, precaríssimas condições de hotelaria, de higiene e de alimentação. Diante desse cenário assustador, uma constatação era evidente: todas essas variáveis compunham uma equação matemática cujo resultado a ser alcançado era o lucro.

Como vimos no tópico 2.1 deste trabalho, a década de 1970 foi marcada pelos primeiros abalos na legitimidade do regime militar então vigente no Brasil, assim como pelo consequente surgimento de um processo de resistência democrática que passou a enfrentar o regime militar. Na perspectiva que nos interessa nesta pesquisa, cabe aqui destacar o enfrentamento travado pela articulação da sociedade civil, por meio de diversos movimentos.

A partir daí, vários movimentos de caráter nacional entraram em cena, tais como o movimento pela redemocratização do país e pelo pluripartidarismo, o movimento estudantil e docente, o feminismo, as lutas pela anistia, as reivindicações de profissionais da saúde e de setores públicos, a atuação da Comissão Pastoral da Terra e outros (PEREIRA, 2001, p.123).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em especial apresentou-se como a primeira organização civil a debater e questionar contundentemente o modelo assistencial psiquiátrico em vigor no Brasil, acusando-o de *coisificar* a pessoa com transtorno mental, causando sua redução à condição de objeto. Além disso, formularam-se denúncias contra as práticas violentas cometidas contra os pacientes, contra as fraudes de toda ordem praticadas nos serviços de saúde mental e contra a transformação da loucura em negócio lucrativo. Para Pereira, W. (2004, p. 265),

em meados dos anos de 1970, a política psiquiátrica hospitalocêntrica começa a sofrer vários abalos e resistências por parte dos movimentos sociais vinculados aos trabalhadores de saúde mental e às organizações populares. Os protagonistas desses movimentos, através de Congressos, organizações sindicais e denúncias na imprensa, apontam a indústria da

loucura como um sistema dispendioso e cronificador, e cobravam do governo mais eficiência do setor e formas mais humanas, como, por exemplo, a rede de serviços ambulatoriais visando a diminuir o afluxo de pacientes para o setor hospitalar.

É nesse contexto que o crescimento estrondoso do pujante parque manicomial, sobretudo no Sudeste do país, contribuiu de forma significativa para agravar a crise na Previdência Social. Tal crise, juntamente com a pressão de diversos setores da sociedade, fez com que

o Estado reconhecesse<sup>18</sup> que ele próprio permitiu e, sobretudo incentivou a criação de um monstro composto por um parque manicomial voraz e devorador de gente e de dinheiro público (E1).

Tal reconhecimento fez com que o então Ministério da Previdência e Assistência Social aprovasse o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (PRAPP). “Elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP<sup>19</sup>), constituído em 1981, e aprovado em 1982 para que fosse implantado à partir de 1983 pelo INAMPS” (CARNEIRO, *et al*, 1988, p. 51), este Programa configurou-se no mais “importante projeto de reformulação da assistência na área, no Brasil desde as primeiras iniciativas<sup>20</sup>, na década de setenta” (GOULART, 1992, p.56).

Assim, o PRAPP já continha princípios que propunham outras possibilidades de assistência em saúde mental, além daquela ofertada pelo hospital psiquiátrico. Nestes termos, o Programa previa

---

<sup>18</sup> Fazendo uma análise histórica/conjuntural deste mesmo período aqui estudado, Pereira, W. (2004) afirma que as mudanças ocorridas no discurso oficial acerca da proposta de reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil, só foram desencadeadas pela combinação de três fatores: 1) o acirramento da economia nacional, pós-milagre econômico; 2) as transformações das políticas de saúde mental em alguns países europeus; 3) o surgimento e fortalecimento dos movimentos populares ligados à Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

<sup>19</sup> Goulart (1992) afirma que o CONASP foi um órgão criado em 1981, no bojo da crise previdenciária. Tal crise impôs à Previdência Social a necessidade de redefinir a política de compra de serviços de saúde do setor privado. Essa redefinição se consolidou no “Plano de Reorientação da Assistência à saúde, que objetivava uma maior racionalização do sistema e, em certa medida, um racionamento dos recursos [...] O plano previa, ainda, descentralização executiva e financeira, regionalização e hierarquização da assistência e foi fruto de discussão com vários setores da sociedade” (GOULART, 1992, p. 55).

<sup>20</sup> Cabe destacar que, antes dessa iniciativa, houve outras duas. Em 1973, foi aprovado o Manual de Serviços Para a Assistência Psiquiátrica, cujo objetivo era “dar maior uso aos recursos extra-hospitalares e, conseqüentemente, alcançar maior eficácia no atendimento psiquiátrico em geral” (CARNEIRO, *et al*, 1988, p. 45). Ocorrida em 1977/1978, a outra iniciativa foi a criação do Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM), que visava “contribuir para a criação de um subsistema de saúde mental racionalizado e integrado no sistema básico de saúde, com ênfase no atendimento extra-hospitalar, atuando com algumas ações de prevenção primária, com prioridade na prevenção secundária” (CARNEIRO, *et al*, 1988, p. 49). Particularmente, o PISAM, “teve curta duração devido, entre outras causas, à falta de apoio político e pressão dos grupos privados” (NETO, 2008, p. 20).

uma atenção predominantemente extra-hospitalar, a utilização de equipe multiprofissional, a inclusão em estratégia de atenção primária de saúde, a utilização de recursos e métodos intermediários entre o ambulatório e a internação integral, a utilização de internação integral pelo menor prazo possível apenas para aqueles pacientes que representem risco para si ou para terceiros (ou totalmente impossibilitados de ser mantidos em seu meio familiar e social) e, finalmente, a promoção progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (JORGE e FRANÇA, 2000, p. 04).

Embora sendo de iniciativa de um órgão do Governo Federal, a elaboração do PRAPP<sup>21</sup> contou com a participação de alguns membros do recém-criado MTSM (E1). Isso porque, o fato de o governo militar encontrar-se com alguns sinais de fragilidade no início dos anos de 1980 possibilitou o surgimento de algumas aberturas políticas no Estado, através das quais integrantes do MTSM penetraram na máquina pública e tiveram a oportunidade de participar do processo de discussão do tema da assistência psiquiátrica.

Nesse contexto, a situação social que se configurou na área da saúde mental a partir do MTSM, e que se desenvolveu a partir dos primeiros anos da década de 1980, foi o que se convencionou chamar de Movimento Nacional pela Reforma Psiquiátrica. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é considerada um processo que tem como

fundamentos, não só uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político social que caracteriza a conjuntura de redemocratização na década de 1980 (AMARANTE, 1998, p. 87).

Trata-se, pois, de uma reforma (ainda em processo) de todas as concepções e ações possíveis no campo da saúde mental e não só da psiquiatria. Definir de forma historicamente datada o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil é algo considerado por Amarante (1998) uma tarefa difícil. Tal dificuldade se estabelece devido ao surgimento, ao longo da história<sup>22</sup>, de diversos momentos em que houve resistências aos modelos vigentes e propostas

<sup>21</sup> O PRAPP atraiu a atenção de diversas entidades e grupos de interesse da área da saúde mental, fazendo com que sua elaboração contasse com a colaboração de diversas entidades, como: “representantes da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde), PAMs do INAMPS, equipes de saúde mental do INAMPS, Hospital Pedro Ernesto da UERJ, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, além da Associação Médica Brasileira (ABM), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Brasileira de Hospitais (ABH), e Federação Brasileira de Hospitais (FBH)” (CARNEIRO, *et al*, 1988, p. 51).

<sup>22</sup> Destacamos aqui que historicamente, existiram alguns momentos em que houve resistências ao modelo excludente preconizado pelo hospital psiquiátrico. No entanto, mesmo com esses questionamentos, desde o Século XIX até as primeiras décadas do Século XX, as leituras sociais acerca da loucura permaneceram sem grandes alterações. Tal quadro só passaria a mudar, a partir da década de 1940, quando os questionamentos à eficácia do hospital psiquiátrico, bem como a sua proposta de tratamento, passaram a ganhar força. Nos dizeres de Desviat (1999, p. 23), “foi depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e

de mudanças das instituições e das práticas da psiquiatria tanto em nível mundial, desde a fundação do primeiro asilo psiquiátrico por Philippe Pinel; quanto em nível nacional, a partir da inauguração do Hospício Pedro II.

Assim, conforme desenvolvem autores como Amarante (1998) e Vasconcelos (2006), a Reforma Psiquiátrica brasileira é fruto de um movimento que tem suas bases no bojo do processo de redemocratização do Brasil. Tal movimento emergiu, ou pelo menos ganhou mais força e expressão, a partir do surgimento, no final da década de 1970, do já mencionado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Nesse contexto, particularmente no caso do Estado do Rio de Janeiro, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)<sup>23</sup> foi considerada o embrião do MTSM. Tal crise foi desencadeada por uma sequência de denúncias feitas por um grupo de trabalhadores de alguns hospitais públicos no Rio de Janeiro, as quais deram visibilidade às péssimas condições de vida e de trabalho nas instituições asilares (ROSA, 2003). Segundo Amarante (1998), este evento repercutiu para além do Estado onde ocorreu, fazendo com que o MTSM expandisse seus núcleos para outras regiões do país e se consolidasse, em nível nacional, como movimento politicamente expressivo.

---

reconstrução social, [...] e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido”. É neste contexto que alguns projetos reformistas passaram a criticar e a propor reformas à instituição psiquiátrica. É consenso entre alguns autores, entre os quais Amarante (1998) e Desviat (1999), que as propostas de reformulação e de críticas ao modelo psiquiátrico vigente no pós II Guerra podem ser divididas em três grupos, que a seguir, sumariamente apresentamos. O primeiro, embora criticasse a estrutura da instituição hospitalar pelos seus altos índices de cronificação de pacientes, teve como característica a crença de que o manicômio era uma instituição de cura e, por isso deveria ter este seu caráter positivo resgatado. Este resgate do hospital psiquiátrico se daria através da organização interna da instituição e da recuperação de suas relações significantes. Composto este primeiro grupo estariam as Comunidades Terapêuticas – EUA e Inglaterra – e a Psicoterapia Institucional – França, todas na década de 1940. Já o segundo grupo, era caracterizado pela extensão da psiquiatria junto ao espaço público, com a experiência reformista buscando organizar a instituição psiquiátrica e objetivando a prevenção e promoção da saúde mental. São exemplos desse segundo grupo a Psiquiatria de Setor – França – e a Psiquiatria Comunitária ou preventiva – EUA – todas dos anos de 1950. Cabe destacar, em relação a esses dois grupos, que as quatro propostas reformistas mantinham a estrutura da instituição psiquiátrica, buscando apenas sua transformação e não sua superação. Finalmente, o terceiro grupo, composto pela Antipsiquiatria – Inglaterra – e pela Psiquiatria Democrática – Itália –, ambas gestadas na década de 1960, tinham como característica uma crítica mais contundente à constituição do saber e da prática psiquiátrica. Tanto a Antipsiquiatria quanto a Psiquiatria Democrática preconizavam a desconstrução do aparato psiquiátrico como um todo, ou seja, seus saberes, suas relações de poder e de dominação e suas instituições concretas como os hospitais psiquiátricos. Entretanto, apesar da semelhança das propostas destes dois projetos de reforma, somente a Psiquiatria Democrática conseguiu, de fato, efetivar a ruptura radical com o modelo psiquiátrico tradicional. Tal efetivação se deu com a liderança do psiquiatra italiano Franco Basaglia, na década de 1960, na cidade de Gorizia e nos anos 1970, no município de Trieste (DESVIAT, 1999). A reforma psiquiátrica brasileira seria profundamente influenciada pelo modelo italiano, fazendo com que a futura política pública de saúde mental brasileira se orientasse pela busca da superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico, preconizando profundas mudanças na forma de abordagem e assistência à pessoa com transtorno mental.

<sup>23</sup> A DINSAM foi criada em 1974, substituindo assim o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em, por sua vez, 1941 (AMARANTE, 1998).

É nesse contexto que “nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 1998, p. 52). Ainda segundo o mesmo autor, desde o surgimento do MTSM, em 1978, o debate acerca da institucionalização ou não do movimento sempre se fez presente em suas reuniões e encontros. Temendo pela perda de sua autonomia e pela burocratização de suas relações internas, os defensores da não institucionalização conseguiram tornar hegemônicas suas ideias.

O MTSM caracterizou-se, nos seus primeiros anos de existência, por uma ausência de rigidez institucional. Outra característica marcante foi a pluralidade na sua composição interna, isto é, a sua constituição por diversas categorias profissionais, atuantes ou não na área da saúde. À época destacava-se, ainda, no MTSM, uma característica importante e que o singularizava: o fato de ele ser, nesse período, “completamente externo ao aparelho do Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, principalmente em Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro” (VASCONCELOS, 2008, p. 32).

Se, no Rio de Janeiro, a crise da DINSAM teve um forte impacto impulsionando a Reforma Psiquiátrica, no caso de Minas Gerais, a mola propulsora da Reforma Psiquiátrica foram as estratégias de denúncias que possibilitaram o debate e a problematização das questões relativas à saúde mental não só no território mineiro, mas também em todo o país. Desse modo, em 1979, em Minas Gerais, promovendo uma interlocução com a bem sucedida experiência italiana de psiquiatria democrática, realizou-se o III Congresso Mineiro de Psiquiatria<sup>24</sup>, contando com

a presença de convidados internacionais do quilate de Franco Basaglia e Robert Castel, e com a participação de usuários, familiares, jornalistas, sindicalistas [configurando uma] discussão [que] ampliou-se [para] além do âmbito dos profissionais de saúde mental, atingindo a opinião pública de todo o país (MINAS GERAIS, 2006, p. 30).

Ao vir até Minas Gerais para participar do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, Basaglia teve a oportunidade de conhecer pessoalmente, entre outras instituições psiquiátricas, o Hospital Colônia de Barbacena, fazendo com que a precária assistência psiquiátrica de Minas Gerais ganhasse repercussão nacional e internacional. Assim, as declarações do renomado psiquiatra italiano a respeito do hospício de Barbacena,

---

<sup>24</sup> O III Congresso Mineiro de Psiquiatria não foi a primeira tentativa mineira de denunciar as questionáveis condições da assistência oferecida à pessoa com transtorno mental. Lobosque (1997, p. 47), informa que “já em 1973, alguns psiquiatras, insatisfeitos com a inscrição social de sua prática, articulam com profissionais de outras áreas a vinda de [Michel] Foucault a Belo Horizonte. Contatos com experiências de outros Estados e países provocavam já a discussão em torno de uma cidadania possível para a loucura”.

comparando-o a um campo de concentração nazista, “garantiu visibilidade mundial ao tema da loucura e à forma como vinha sendo tratada em Minas Gerais. [...] Até o *New York times* se interessou pela tragédia da loucura mineira.” (ARBEX, 2013, p. 206-207).

No âmbito das discussões acerca da política nacional de saúde mental, as propostas debatidas no evento causaram enorme impacto positivo, uma vez que “foram transformadas em um documento que [foi] encaminhado ao INAMPS [...]” (GOULART, 2011, p. 50). Ainda segundo esta mesma autora tal documento acabou por influenciar decisões do governo federal em sua tentativa de reorganizar a saúde mental em nível nacional. Desse modo, o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (PRAPP), já mencionado neste trabalho de pesquisa, foi inspirado nas proposições debatidas no III Congresso Mineiro de Psiquiatria (GOULART, 2011).

Nesse mesmo ano, foram divulgadas duas denúncias que também mobilizaram a opinião pública em todo o Brasil. Uma delas foi composta pelas reportagens intituladas *Nos porões da loucura*, do jornalista Hiram Firmino, no Jornal Estado de Minas. E a outra, de formato cinematográfico, foi o filme *Em nome da Razão*, de autoria do cineasta Helvécio Ratton. Ambas denúncias foram produções mineiras e expunham a face mais horrenda do hospital psiquiátrico, além de tornarem públicas as condições subumanas em que eram tratados os internos.

Como consequência disso, “instaurara-se, a partir de então, uma série de debates e seminários sobre a realidade do que acontecia dentro das instituições manicomiais. Era preciso modificar, reformular e, principalmente, humanizar os hospitais psiquiátricos [...]” (SOUZA, 2002, p. 40). Assim, o MTSM buscou apresentar, para toda a sociedade, a problemática vivida pelos doentes mentais.

É nesse contexto que a Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais deu os seus primeiros passos. Nestes termos, a recém-criada Associação Mineira de Saúde Mental

aberta para quem se interessasse pelo tema, ganhou força, abrindo as portas para os militantes ‘basaglianos’ [...]. Pressionada, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que passou a gerir a totalidade dos hospitais públicos do estado, em 1977, período em que as antigas fundações de assistência de saúde do Estado se fundiram, aprovou em 1980, o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que acolh[eu] as teses do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. As mudanças foram sentidas no Instituto Raul Soares e posteriormente se estenderam ao Hospital Galba Veloso, Centro Psicopedagógico (ex-hospital de Neuropsiquiatria infantil) e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (ex-hospital Colônia de Barbacena). Os porões da loucura, finalmente começaram a ser abertos (ARBEX, 2013, p. 209-210).

Para Vasconcelos (2008), no período compreendido entre 1982 e 1987, no contexto de vitórias políticas de alguns Governos Estaduais oposicionistas – no caso de Região Sudeste: Tancredo Neves, em Minas Gerais; Franco Montoro, em São Paulo; e Leonel Brizola, no Rio de Janeiro – houve a abertura de um importante espaço político para as lideranças do MTSM ocuparem cargos públicos como as Secretarias Estaduais de Saúde. Assim, a eleição dos governos oposicionistas, sobretudo no Sudeste do país, acabou por criar um clima favorável ao enfrentamento da questionável política de assistência psiquiátrica, em vigência na época. Isso porque, a materialidade das mudanças almejadas para a saúde mental dependia fortemente do interesse e do desempenho político dos governantes.

El destaca que, em 1982, o enfrentamento da precária assistência psiquiátrica já dava seus primeiros passos através do já citado Programa de Reabilitação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (PRAPP). Desse modo, foi possível aos governos estaduais progressistas, eleitos em 1982, enfrentar a questão dos grandes manicômios – no caso específico de Minas Gerais, por exemplo, o macro Hospital Psiquiátrico de Barbacena. À época, as políticas estaduais visavam principalmente a diminuição do fluxo das internações psiquiátricas e a humanização dos hospitais psiquiátricos, os quais já vinham sendo denunciados frequentemente desde 1979, por ocasião da realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria.

Assim, aproveitando-se das chances dadas pelos governos estaduais oposicionistas e buscando ampliar seu campo de ação no território estatal, o MTSM adotou para si táticas já utilizadas pelo movimento de Reforma Sanitária<sup>25</sup>, as quais consistiam na ocupação, por parte de seus atores sociais, de espaços deliberativos e de poder, com o objetivo de difundir os ideais do movimento dentro da máquina estatal e convertê-los em direitos sociais (AMARANTE, 1998).

Cabe destacar que, tal qual o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, o Movimento pela Reforma Sanitária foi gestado em pleno regime ditatorial militar. A já mencionada crise econômica em curso desde meados da década de 1970 se estendeu pelos anos de 1980, piorando sobremaneira a situação de diversas políticas públicas, entre elas, a de saúde. Para Bravo (*In* MOTA, 2008), as forças de resistência à ditadura militar que se fizeram presentes no setor da saúde desencadearam discussões e debates tanto acerca das condições de saúde da

---

<sup>25</sup> Para Teixeira (2006, p. 39), a Reforma Sanitária é “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.”

população brasileira, quanto das propostas governamentais para enfrentar os problemas vivenciados neste setor. Nesta conjuntura, atores sociais como o Movimento Sanitário entraram em cena, debatendo e reivindicando a construção de uma nova política de saúde com características mais democráticas e de maior qualidade. Assim, as principais propostas debatidas pelo Movimento Sanitário e os demais atores sociais envolvidos no processo foram:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, *In*. MOTA, 2008, p. 96).

Aproveitando-se da ocupação de seus militantes em diversos importantes cargos no aparelho do Estado, possibilitada pela conjuntura de abertura política, o Movimento Sanitário, buscando romper com o modelo médico-privatista vigente à época, procura colocar em prática ações em saúde pautadas pela busca da expansão da cobertura e pela descentralização assistencial. Assim, foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde, visando o fortalecimento de um sistema de saúde unificado e descentralizado, focado, sobretudo, em ações integrais que fossem capazes de superar as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar. Nestes termos, as Ações Integradas de Saúde eram constituídas por

estratégias de integração programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde, em nível de Unidade Federada, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde (CARNEIRO, *et al*, 1988, p. 51).

Compreender o programa das AIS é fundamental para o entender o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica na segunda metade da década de 1980. Isso porque,

as Ações Integradas de Saúde vão fazer a captação de Recursos Humanos para a atenção básica na perspectiva de Alma Ata<sup>26</sup>. Além disso, para incluir as ações de saúde mental na atenção básica, as AIS fazem a captação de um enorme contingente de profissionais, sobretudo no campo dos profissionais

<sup>26</sup> Realizada em 1978, a Conferência de Alma Ata, foi uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (ONU) juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O acordo proposto em Alma-Ata (URSS), hoje República do Cazaquistão, foi assinado por 134 países e estabeleceu como meta a ampliação da assistência em saúde com qualidade para o maior número possível até o ano 2000. Essa meta seria perseguida pelos signatários do documento através do desenvolvimento de ações em saúde que privilegiassem a atenção primária.

não médicos, como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Os enfermeiros já estavam na equipe psiquiátrica no manicômio, mas agora [a partir das AIS] tem uma novidade: tem psicólogo e assistentes sociais e terapeutas ocupacionais trabalhando na saúde pública, com o mandato de refrear as internações, manter, conter, fazer uma rede que drene para evitar que os pacientes fossem direto para o manicômio (E1).

É nesse contexto que as novas estratégias adotadas pelo MTSM possibilitaram aos líderes do movimento realizar intervenções em hospitais públicos e privados do país, além de iniciar a expansão da rede ambulatorial de psiquiatria. Dessa forma, o MTSM deu os primeiros passos na direção de realização de alguns objetivos por ele outrora traçados: a humanização na assistência prestada pelo hospital psiquiátrico e o aumento do número de ambulatórios em saúde mental que passaram a contar com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2006 e 2008).

Da mesma forma que os movimentos sociais dos anos 1980 vivenciaram conflitos internos ao debaterem sua aproximação ou não com o Estado, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental também passou por questionamentos internos. Assim, a já mencionada incorporação de membros do Movimento na máquina estatal, mesmo possibilitando ao MTSM colher alguns frutos, causou-lhe internamente, uma série de questionamentos nos quais “uma ala do MTSM desenvolveu uma crítica aguda à burocratização do conjunto do próprio movimento no sentido de que [aquele] tendeu a restringir [suas] lutas a partir de dentro do aparelho do Estado” (VASCONCELOS, 2006 p. 25).

Os problemas decorrentes de o MTSM empreender sua luta predominantemente a partir da máquina estatal ganharam materialidade em 1987, quando assumiu o poder a segunda leva de governadores estaduais, pós período militar. Sendo governos reacionários e antidemocráticos, eles causaram um “fechamento temporário do espaço político para os interesses democrático-populares e para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses” (VASCONCELOS, 2006, p. 25). Na análise do nosso entrevistado,

a segunda geração de governos estaduais pós-ditadura, nesses três estados, foi desastrosa. O Moreira Franco no Rio de Janeiro, o Newton Cardoso aqui em Minas e o Quéricia em São Paulo foram de um populismo da pior qualidade. E é óbvio que esse populismo colidiu com a linha de pensamento da esquerda que tinha se apossado do Estado e que estava formulando o pensamento sanitário e produzindo enfrentamentos. Ele produziu perseguições políticas e demissões de diversos militantes do movimento que ocupavam cargos no Estado (E1).

Paralela a essa conjuntura política desfavorável, a saúde mental vivenciou, particularmente em Minas Gerais, a constatação de um relativo fracasso nas estratégias empreendidas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) nos serviços de atenção primária em saúde<sup>27</sup>.

Nesta mesma época, em 1987, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) realizou-se sob embates políticos e ideológicos entre os integrantes do MSTM e os dirigentes da DINSAM (AMARANTE, 1998). Essa Conferência aconteceu como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>28</sup> e propôs a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e sua consequente reorganização para serviços extra-hospitalares. Assim, questionando o tradicional modelo de assistência à pessoa com transtorno mental vigente desde o Brasil colônia e crendo na possibilidade de mudança a partir da flexibilização e da dinamização dessa cultura, a I CNSM recomendou a extinção gradativa dos leitos hospitalares psiquiátricos; preconizou a participação da sociedade civil na elaboração, execução e fiscalização da política de saúde mental; e finalmente, sugeriu uma série de ações com o intuito de assegurar direitos e construir a cidadania da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 1988).

Silva (2013, p. 01) afirma que o MTSM participou ativamente da I CNSM e que foi através de um encontro paralelo realizado entre alguns militantes, durante esta Conferência, que se concluiu que o MTSM

havia cometido um erro estratégico grave ao se diluir nos novos espaços estatais abertos em 1982, perdendo o seu espaço enquanto um movimento independente do Estado, ficando a mercê das oscilações eleitorais e do humor dos governos em relação ao tema do hospitalocentrismo, comandado pela hiper poderosa Federação Brasileira dos Hospitais (SILVA, 2013, p. 01).

“No documento final desses encontros, refletia-se nitidamente o caráter de renovação do Movimento, quando já chamava a atenção para a necessidade de ‘desatrelamento’ do aparelho do Estado, buscando formas independentes de organização [...]” (AMARANTE, 1998, p. 80). Nesse contexto, a soma das críticas e dos questionamentos internos ao próprio

---

<sup>27</sup> Os diversos fatores que nos ajudam a compreender o não êxito das Ações Integradas de Saúde, em Minas Gerais – sobretudo aquelas ligadas diretamente à saúde mental – serão expostos mais detalhadamente no capítulo 04 desta dissertação.

<sup>28</sup> Considerada um marco histórico para a saúde pública brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986, consagrando os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, como a universalização do acesso, a descentralização do processo decisório e a compreensão da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Como veremos no próximo tópico, esta Conferência lançou as bases político-assistenciais que inscreveram a saúde como um direito social universal na Carta Magna de 1988.

MTSM acerca de sua proximidade com o Estado, a constatação de que não era possível domar o manicômio e os rumos tomados pelos debates na I CNSM fizeram com que o MTSM revisse suas estratégias, repensasse seus princípios e estabelecesse novas alianças com a sociedade civil, bem como com outros movimentos sociais (AMARANTE, 1998; VASCONCELOS, 2006 e 2008). A partir de então, o MTSM compreendeu que sua aspiração inicial de humanizar a assistência prestada pelo hospital psiquiátrico não conseguiria atender às demandas emergentes na nova realidade desenhada.

Foi durante à I CNSM que se constatou a necessidade de reorganização do processo de luta do MTSM.

É com este mandato de reorganização da ação política do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que surge o coletivo que vai organizar o evento de Bauru (E1).

Nestes termos, o MTSM deu o primeiro passo na direção de recuperação de sua organicidade perdida por ocasião da diluição de seus militantes entre os colaboradores técnicos e operadores do Estado.

Nas palavras de Silva (2013, p.01)

a deliberação de realizar um evento nacional para uma retomada e reorganização do MTSM foi resultante de uma “plenária paralela” mobilizada por um grupo de delegados que estavam presentes na I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio, julho de 1987), originalmente mobilizada para manifestar insatisfação com a condução da Conferência e compartilhar as graves situações de “retrocesso” das políticas de saúde mental, em relação ao arejamento vivido nas realidades estaduais do Sudeste produzidas a partir dos governos de “oposição” (PMDB) que tinham sido eleitos em 1982 (Montoro, Tancredo, Brizola) e que, em 1986, foram substituídos por governos populistas e oportunistas (Quércia, Newton Cardoso, Moreira Franco).

Assim, em 1987, foi realizado na cidade de Bauru, no Estado de São Paulo, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Este foi um “Congresso realmente inovador, no qual lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares participaram como força ativa no esforço de construir opinião pública favorável à luta antimanicomial.” (AMARANTE, 1998, p. 81). Para este mesmo autor, o MTSM, além de resgatar suas origens quando denunciava a psiquiatrização e a institucionalização, abre um novo capítulo de sua história, trazendo as questões da saúde mental para serem debatidas com diversos outros atores sociais, dentre eles as associações de usuários e familiares. Nessas circunstâncias, o MTSM

passava a perder sua marca, de trabalhadores de saúde mental, na medida em que esses novos atores, não trabalhadores de saúde mental, se incorporam à luta pela transformação das políticas psiquiátricas. Com o processo de Reforma Psiquiátrica saindo do âmbito exclusivo dos técnicos e das técnicas, e chegando até a sociedade civil, surgiram novas estratégias de ação cultural, com a organização de festas e eventos sociais e políticos nas comunidades, na construção de possibilidades até então impossíveis (AMARANTE, 1998, p. 82).

Dessa forma, este momento histórico “marca a renovação teórica e política do MTSM, através de um processo de distanciamento do Estado e de aproximação com as entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões” (LUCHMANN e RODRIGUES, 2007, p. 403). Objetiva-se, a partir de então, expandir *o fazer* da política pública de saúde mental para o domínio dos vários atores sociais e para as diversas dimensões da vida social. A questão da loucura e do sofrimento psíquico “deixou de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas” (AMARANTE, 1998, p. 95).

Assim, inspirado na radicalidade da proposta da Psiquiatria Democrática Italiana em por fim ao hospital psiquiátrico, no Congresso de Bauru cunhou-se o lema: *por uma sociedade sem manicômios*. Neste mesmo evento se estabeleceu o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial e criou-se o Manifesto de Bauru. Este último, para Silva (2003, p. 90), é considerado “uma espécie de documento de fundação do Movimento Antimanicomial, direcionador dos seus primeiros momentos de vida”. De fato, este Manifesto anuncia o surgimento de um movimento social de abrangência nacional e que vai muito além das categorias trabalhistas. Nos dizeres do próprio documento: “organizado em vários Estados, o Movimento caminha para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical”.

### **3.2 O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**

Desde o Congresso de Bauru, “diversos núcleos de militância do movimento foram se formando nos serviços, em articulações municipais, regionais e estaduais em todo o Brasil” (VASCONCELOS, 2007, p. 187). Assim,

o movimento se espalhou pelo Brasil, mas ele se espalhou sem uma organicidade (E1).

Nesse mesmo período histórico, o Brasil estava passando por uma série de modificações, sobretudo no âmbito político. Tais mudanças impactaram diretamente a política pública de saúde, o que, obviamente, atingiu também a saúde mental. Desse modo, a Constituição Federal promulgada em 1988 representou um grande avanço para os direitos sociais. Como discutem Boschetti (2009) e Fleury (2006), o sistema de proteção social no Brasil foi substancialmente modificado após a Constituição Federal de 1988. Tal sistema passou a ser organizado com base no modelo de seguridade social, introduzindo a noção de direitos sociais universais – pelo menos no caso da saúde – como um dos elementos estruturantes da cidadania. Se antes o direito social era garantido somente aos beneficiários da previdência, a partir de 1988, o modelo de seguridade social trouxe possibilidade de ampliá-los. Nestes termos, a proteção social, através da seguridade social, apareceu inscrita no texto da Constituição Federal brasileira como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (MINAS GERAIS, 2002, p. 44).

No que diz respeito à política de saúde, ela passou a ser “direito de todos e dever do Estado”, ou seja, a Constituição Federal de 1988 absorveu no seu texto grande parte dos anseios – reivindicados desde o final da década de 1970 – pelo Movimento da Reforma Sanitária, ratificando-os e legitimando-os. Assim, a política de saúde brasileira passou a ser norteadada por meio de um Sistema Único de Saúde que é assim definido pela nossa Carta Magna:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. O sistema único de saúde será financiado, [...] com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (MINAS GERAIS, 2002, p. 46-47).

Cabe destacar que a universalidade do direito à saúde a partir de um Sistema Único de Saúde era uma das principais reivindicações do movimento pela Reforma Sanitária no país. Logo, a ampliação desse direito aponta para uma capacidade de influência do movimento social também nessa política pública. A esse respeito, Gohn (2011, p. 20) afirma que “é

inegável que os movimentos sociais dos anos de 1970/80 contribuíram decisivamente, via demandas e pressões organizadas, para a conquista de vários direitos sociais novos, que foram inscritos em leis na nova Constituição brasileira de 1988”. Ressalta-se, ainda, que a universalidade do atendimento à saúde, com sua lógica descentralizada e participativa expressava uma tentativa de o Estado brasileiro construir uma política social fundamentada em preceitos democráticos e de cidadania, fato esse, que se alinhava com o momento histórico vivenciado à época no país, ou seja, sua recém-redemocratização.

Desse modo, esse redirecionamento no modelo brasileiro da política de saúde afetou diretamente os rumos tomados pela política de saúde mental no país, os quais passaram a ser, desde então, influenciados de forma mais incisiva pelos desdobramentos decorrentes das mudanças ocorridas na saúde geral.

Nestes termos, com a ocorrência dos últimos eventos anteriormente relatados – a I CNSM e a promulgação da Constituição de 1988 –, o recém-criado Movimento Antimanicomial, embora com seus núcleos dispersos pelo território nacional, buscava, a partir de então, transformar as práticas em saúde mental, utilizando

uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/ desconstruir/ construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (AMARANTE, 1998, p. 94).

A transcendência de que nos fala este autor seria concretizada já no ano de 1989, com algumas iniciativas exitosas, e até mesmo paradigmáticas, de ações contra os manicômios, como a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, Estado de São Paulo. Na ocasião, sob o governo democrático do Partido dos Trabalhadores (PT), aquele manicômio foi substituído por uma rede de serviços abertos. Tal fato ficou conhecido como *A experiência de Santos*, materializando a possibilidade de superar o tradicional modelo hospitalar com suas técnicas e práticas excludentes.

No plano internacional, um aspecto também relevante foi o compromisso firmado pelo Brasil, reforçando a busca pela superação do modelo hospitalocêntrico, por ocasião da assinatura (e conseqüente adesão) em 1990, do documento que ficou conhecido como Declaração de Caracas. Tal documento resultou da Conferência Regional para Reestruturação

da Atenção Psiquiátrica na América Latina<sup>29</sup> e se tornou norteador das políticas adotadas na área da saúde mental pelos governos dos países latino-americanos, entre eles o Brasil. A Declaração de Caracas assumiu particular relevância para o redirecionamento da política de saúde mental, pois nele foram registradas as limitações e ineficiência da assistência psiquiátrica tradicional centrada na hospitalização, sendo declarado de forma oficial que o atendimento deveria centrar-se na comunidade e dentro de suas redes sociais, propiciando a permanência do enfermo em seu meio comunitário<sup>30</sup>.

Retomando ao ano de 1989, foi nele que houve a apresentação, no Congresso Nacional, do Projeto de Lei n.º 3.657/89, de autoria atribuída ao então deputado federal do PT Paulo Delgado. No entanto, a respeito dessa autoria, em um interessante trabalho de pesquisa sobre o debate legislativo que caracterizou a tramitação do Projeto de Lei 3657, no Legislativo Federal desde 1989 até sua aprovação final em 2001, Pereira, R. (2004, p. 109) nos adverte que

a apresentação do projeto à Câmara dos Deputados não pode ser entendida como a elaboração de um projeto isolado de um parlamentar, mas sim como integrada a uma estratégia do *movimento social*, que buscava a abertura de um canal que garantisse a entrada no circuito legislativo das suas ideias e proposições (*Grifos nossos*).

A relevância desse Projeto de Lei foi incontestável, uma vez que ele dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, bem como sobre a substituição destes por outros recursos assistenciais, além de regulamentar, ainda, a internação psiquiátrica compulsória. Neste sentido, é inegável reconhecer que essa iniciativa foi um marco na legislação brasileira, uma vez que a lei que estava em vigor no país era o antigo decreto Federal n.º 24.559, emitido no ano de 1934. Embora tal projeto não tenha sido transformado em lei de imediato<sup>31</sup>, sua repercussão social foi imensa, gerando discussões e debates em diversos setores da sociedade e inspirando, inclusive, legislações estaduais e municipais<sup>32</sup> com os mesmos preceitos do projeto inicial. Ainda sobre todo esse processo, cabe reiterar que a apresentação, “no parlamento, do Projeto de Lei 3657/89, teve a participação fundamental do

---

<sup>29</sup> Essa Conferência foi promovida pela Organização Pan-americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

<sup>30</sup> Cf. BRASIL, 2004, p.12.

<sup>31</sup> Este projeto de lei teve seu texto normativo substancialmente modificado e foi sancionado como Lei federal sob o número de 10.216 em 06 de abril de 2001.

<sup>32</sup> Segundo Duarte (2008, p. 68) “Na década de 1990, em estados como Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul foram sancionadas diversas leis baseadas no Projeto de Lei n.º 3.657/89.”

movimento social em saúde mental [...] que, em sua trajetória delimitou o problema a ser enfrentado e propôs uma forma de solução” (PEREIRA, R., 2004, p. 179).

No âmbito da saúde geral, em 1990, através das leis 8.080/90 e 8.142/90, houve a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>33</sup>, criado pela Constituição Federal de 1988. Intrinsecamente ligado aos ideais de democracia e cidadania em efervescência naquela época, o SUS se constituiu como

Art. 4º - um conjunto de ações e serviços de saúde, prestadas por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da Administração direta e das fundações mantidas pelo Poder Público. [...] A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (MINAS GERAIS, 2002, p. 169).

Esse Sistema, que é o que vigora no país no presente momento, apresentava (e apresenta) como princípios e diretrizes: 1) a universalidade do acesso aos serviços de saúde – garantindo a gratuidade às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros; 2) a integralidade da assistência – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; 3) a descentralização político-administrativa das ações e serviços – ênfase na descentralização dos serviços de saúde para os municípios, ou seja, preconizando a municipalização, exigindo do próprio município gerenciar administrativamente e financeiramente o Sistema Único de Saúde; 4) hierarquização das ações e dos serviços – estabelecendo níveis de complexidade da assistência em saúde, direcionando a demanda, respeitando a necessidade de cada caso apresentado pelo cidadão; 5) participação da comunidade no controle social – democratização dos processos e etapas inerentes à elaboração e execução da política de saúde, de modo a possibilitar à Sociedade Civil a participar, acompanhar e verificar as ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados (MINAS GERAIS, 2002, p. 172-173). No caso da política de saúde, os principais mecanismos de controle social seriam as conferências e os conselhos de saúde, ambos previstos e regulamentados pela Lei 8.142/90.

Foi nesse contexto que, em agosto de 1992, realizou-se a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), cuja temática central foi: *Saúde: municipalização é o caminho*, em cujo relatório final consta a importância de se cobrar do poder público a implantação efetiva do SUS, respeitando os textos legais, bem como, o fortalecimento dos Conselhos de saúde de

---

<sup>33</sup> Como vimos, “o Movimento Sanitarista participou intensamente desse processo, conseguindo a aprovação de um texto constitucional extremamente inovador, no qual a saúde passou a ser entendida como um direito social que deve ser assegurado pelo Estado” (PEREIRA, R., 2004, p. 104).

acordo com a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Tal documento reitera a defesa da descentralização e da municipalização da saúde, considerando algumas experiências já executadas em municípios brasileiros, com resultados bem sucedidos (BRASIL, 1993).

Assim, a IX CNS conduziu suas reflexões a partir de uma concepção ampliada de saúde, na qual, saúde seria também, consequência dos processos políticos nos quais as pessoas estão inseridas. Nestes termos, sem perder de vista a efervescência política vivenciada pelo país naquele ano de 1992, o relatório final da IX CNS registrou manifestações de apoio à Comissão Parlamentar de Inquérito conduzida pelo Congresso Nacional para apurar as denúncias de irregularidades do Governo Collor. Manifestou-se também contra “o ideário neoliberal que veio instrumentalizando uma política social discriminatória e regressiva que tem acentuado as degradações das condições de vida do povo brasileiro” (BRASIL, 1993, p. 21).

Realizada em Brasília, no período de 01 a 04 de dezembro de 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (IICNSM) apresentou um relatório final informando que ela “foi sendo construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais e setores – social, político, cultural – nas conferências municipais, regionais e estaduais” (BRASIL, 1994, p. 07). A própria comissão organizadora do evento contou com a presença de representantes das associações de usuários e familiares dos serviços de saúde mental (SOS Saúde Mental – SP e SOSINTRA – RJ), além de representantes do movimento social da área da saúde mental (Articulação Nacional Luta Antimanicomial) (BRASIL, 1994, p. 62). Nestes termos, é notória a influência dos princípios e diretrizes do SUS na II Conferência Nacional de Saúde Mental.

No que diz respeito a seus marcos conceituais, a II CNSM adotou, entre outros, a atenção integral à saúde das pessoas, a cidadania, a democratização do Estado, e o controle da sociedade civil sobre a política de saúde<sup>34</sup>. Assim, o capítulo I do relatório final da Conferência afirma que

a atenção integral em saúde mental deverá propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e reabilitação). Deve referir-se aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação [...]. É imprescindível implantar a municipalização da assistência à saúde, criando-se os Conselhos de Saúde, respeitando-se a paridade e demais dispositivos legais previstos na criação

---

<sup>34</sup> Cf. Primeira parte do Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994, p. 11-21).

do SUS, inclusive as peculiaridades da realidade local (BRASIL, 1994, p. 13).

Ainda no que se refere à evidente relação entre o texto do Relatório Final da II CNSM, no tocante ao que se deseja para a saúde mental, e o modelo de assistência à saúde preconizado pelo SUS, percebemos que, em alguns capítulos do já citado relatório, foram feitas referências diretas às leis de regulamentação do Sistema Único de Saúde e ao texto constitucional que trata da saúde. Desse modo, o relatório final da mencionada conferência trouxe algumas recomendações gerais assim enunciados: “Exigir o cumprimento da Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8.080/90) e sua complementação (lei n.º 8.142/90), bem como os princípios constitucionais referentes à municipalização [...]” (BRASIL, 1994, p. 22) e “assegurar o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90)” (BRASIL, 1994, p. 25).

De fato, a descentralização político-administrativa preconizada pelo SUS foi exercida por ocasião da II CNSM. Assim, esse evento foi realizado após um processo de mobilização social nos níveis municipal, regional e estadual. Processo este do qual participaram diversos atores sociais, de diferentes setores da sociedade, dentre os quais estavam os usuários dos serviços de saúde mental. Essa “participação efetiva de usuários” (BRASIL, 1994, p. 08) sinalizou um avanço da democracia, uma vez que “a etapa nacional foi precedida por 24 conferências estaduais [...]” e estas, por sua vez, “foram precedidas por aproximadamente 150 conferências municipais ou de âmbito regional, em todo o país” (BRASIL, 1994, p. 07-08).

Ainda nesse contexto, uma constatação relevante foi que a II CNSM foi marcada pela presença massiva dos usuários e seus familiares, além de ter proporcionado um significativo aprofundamento nas discussões acerca das críticas ao modelo hospitalocêntrico. Mas, no que se refere a isso, a II CNSM não se limitou a tais discussões, apresentado, assim, em seu relatório final, uma lista de serviços que deveriam compor uma rede do novo modelo assistencial substitutiva dos manicômios. Sobre isso, no capítulo 1 do relatório final da II CNSM encontra-se escrito que

a rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (BRASIL, 1994, p. 13).

Além dessa rede de serviços recomendados, vale destacar que, neste evento, traçaram-se as diretrizes norteadoras dos rumos tomados pela política nacional de saúde mental nos anos que se seguiram.

Como se afirma em Brasil (2005), o compromisso firmado pelo país na Declaração de Caracas, em 1990, e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, marcaram um período em que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começava a ganhar contornos mais definidos. Foi nesse período que entraram em vigor, no país, as primeiras legislações regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros serviços substitutivos à internação hospitalar.

Assim, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, os dispositivos legais foram configurando condições jurídicas para que se mudasse a forma de tratamento da pessoa com transtorno mental. Nestes termos, as mudanças na política de saúde no Brasil, inauguradas pela constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), propiciaram a implementação de novas políticas de saúde, entre elas a de saúde mental. Assim, sofrendo as influências de todo o contexto já mencionado e desenvolvendo-se sintonizada com a política pública de saúde no país, a saúde mental passou a adotar as estratégias de atendimento descentralizado e fundamentalmente de base comunitária e territorial.

Sob essa nova ordem então configurada, para o Ministério da Saúde brasileiro, a rede social de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais passou a ser constituída por recursos sanitários, sociais, econômicos, culturais e afetivos<sup>35</sup>.

Nesse sentido, um significativo passo na direção da ampliação e diversificação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foi a criação das portarias 189/91 e 224/92. Assim sendo, a Portaria SNAS n.º 189, de 19 de novembro de 1991, redefiniu o financiamento das ações e serviços de saúde mental, evidenciando o nível central do Sistema Único de Saúde (SUS) como principal financiador do sistema público (BRASIL, 2004).

Já a Portaria SNAS n.º 224, criada em 29 de janeiro de 1992 para regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental em seus diversos níveis de complexidade, instituiu critérios de controle e supervisão da melhoria da qualidade da assistência prestada à pessoa com transtorno mental. Também foi nessa mesma portaria que se estabeleceu a incorporação de novos procedimentos no SIA-SUS e no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), ampliando a gama de métodos e técnicas terapêuticas

---

<sup>35</sup> Cf. BRASIL, 2004, p. 11.

já existentes tanto nos serviços ambulatoriais especialmente os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quanto nos serviços hospitalares, tais como: hospital dia, urgência e leitos psiquiátricos em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria. Essa portaria define os NAPS/CAPS como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar [...] por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p. 244).

A reconfiguração das disposições legais, de modo a regular não só a inclusão social da pessoa com transtorno mental, não parou nos dois primeiros anos da década de 1990. Nesse sentido, devido às grandes mudanças no contexto da saúde mental que vinham ocorrendo, o governo federal, “sob pressão social” (ROSA, 2003, p. 125) instituiu a resolução de número 93. Resolução esta que acatava uma das recomendações do relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM)<sup>36</sup> e constituiu a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo seria de “definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e avaliar o desenvolvimento do processo de reforma psiquiátrica no País” (BRASIL, 2004, p. 319).

Em consonância com o disposto legal sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevista na Lei n.º 8.142/90, a composição da supracitada comissão contaria com representantes de diversos segmentos da sociedade. Entre tais representantes estariam as associações de usuários de serviços de saúde mental e familiares, associações de profissionais de saúde, pessoas ligadas ao movimento nacional da luta antimanicomial<sup>37</sup>. Assim sendo, a Resolução de número 93 do CNS foi de singular importância na configuração do cenário de participação da Sociedade Civil organizada. Isso porque, com tal resolução, legitimou-se a participação das Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares nesta instância de decisão acerca dos rumos a serem dados na política de saúde mental no Brasil.

Cabe destacar que, a essa altura dos acontecimentos, a legitimação da participação das Associações de Usuários e Familiares se configurou como algo muito importante, uma vez que já existiam diversas Associações pelo país. Nestes termos, para Amarante (1998), uma das principais mudanças ocorridas no Movimento Antimanicomial, no início dos anos de 1990, foi o fortalecimento de Associações já existentes e emergência de várias outras,

---

<sup>36</sup> O capítulo III do relatório final da II conferência Nacional de Saúde Mental trazia entre outras recomendações que, fossem criadas “[...] comissões de saúde mental ou de reforma psiquiátrica junto aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde para planejar, implementar e fiscalizar as ações de saúde mental.[...]” (BRASIL, 1994, p. 23).

<sup>37</sup> Cf. Alínea 02 da Resolução n.º 93 de 02 de dezembro de 1993 (BRASIL, 2004, p. 319).

sobretudo, quando essas Associações passam a se constituir como “um novo ator no Movimento pela Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 1998, p. 81).

Vasconcelos (2006), fazendo um balanço acerca das ações do Movimento Antimanicomial no período compreendido entre os anos de 1987 e 1992, afirma que começaram a se perceber os primeiros avanços decorrentes da estratégia radical do Movimento de eliminação do manicômio. Assim, em uma síntese dos acontecimentos que relatamos até aqui, o autor menciona os seguintes avanços:

o lançamento em 1989 do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização em 1990 da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminaram na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerada um marco na história da psiquiatria brasileira e que abriu um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no país (VASCONCELOS, 2006, p. 26).

Assim sendo, as conquistas atingidas pelo Movimento Antimanicomial, no período de 1987 até 1992, desenharam um cenário bastante apropriado para que se buscasse, em 1993, superar a falta de organicidade do Movimento expressa no primeiro parágrafo desse tópico. Assim, no ano de 1993 acumularam-se três eventos que propiciaram um novo status ao Movimento: 1) o dia 18 de maio, unificando e criando o espaço para manter viva a reflexão acerca da consigna *Por uma sociedade sem manicômios*, além de manter o movimento social organizado em torno da promoção desta data; 2) o caso do Hospital Anchieta, enquanto uma experiência clínica exitosa, provando concretamente que era possível substituir o manicômio; 3) a semiaprovação no legislativo federal do projeto de lei Paulo Delgado. Somam-se a esses três eventos,

a posse do Domingos Sávio<sup>38</sup>, que era do antigo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em um cargo no Ministério da Saúde, no que é hoje a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Aí nós temos quatro elementos que iniciam o *start* da perspectiva antimanicomial. Você tem o Estado ocupado por um militante antimanicomial, você tem um projeto de lei no legislativo semi aprovado, você tem um campo de experiência clínica bem sucedida e você tem um movimento social em gestação (E1).

---

<sup>38</sup> Analisando a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira no período entre 1992 e 1995, Vasconcelos (2008) destaca a importância de um militante como Domingos Sávio ocupar a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Este autor considera vitorioso este fato e assim se expressa: “apesar do conservadorismo do Governo Collor, [a] reocupação do espaço político da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde [teve] papel chave na coordenação o Dr. Domingos Sávio Alves” (VASCONCELOS, 2008, p. 35).

De fato, a militância do movimento antimanicomial com suas ações e seus resultados positivos, o avanço na legislação social – sobretudo na área da saúde mental nos níveis federal e estadual – e a ocupação da Coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde por diversos militantes do Movimento Antimanicomial – com destaque para o Dr. Domingos Sávio Alves – possibilitaram que a perspectiva antimanicomial se materializasse por meio do financiamento de uma rede de serviços extra-hospitalares (ROSA, 2003).

Nesse contexto, buscando produzir uma síntese de todo esse processo, bem como propiciar um espaço nacional onde os militantes de todo o país pudessem se encontrar, realiza-se, no ano de 1993, o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador/BA. Este encontro teve como lema *O Movimento Antimanicomial como movimento social* e acabou por marcar a passagem do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – identificado pelo vínculo com os serviços e com as instituições do Estado – para o Movimento Social aberto à participação efetiva dos usuários e familiares, independente das instâncias governamentais. Neste evento foram debatidas questões relacionadas à necessidade de mudanças na assistência oferecida à pessoa com sofrimento mental, bem como, “a preocupação com a mudança das representações simbólicas do doente mental na sociedade” (MAIA e FERNANDES, 2002, p. 48).

Além disso, estabeleceu-se um modelo de organização e funcionamento do movimento, que passou a ser organizado por “núcleos [...] respeitando-se a autonomia de cada local na sua forma organizativa, que se articulam em rede, de maneira autônoma, com encontros sistemáticos a cada dois anos” (SOUZA, 2003, p. 151). Essa descentralização tinha por “finalidade fazer circular informações, promover articulações, enfim, agir estritamente como um braço executivo do movimento” (LOBOSQUE, 2003, p. 20). A coordenação nacional seria liderada por uma “secretaria, localizada em um dos núcleos, que se alterna[ria] com outros núcleos a cada dois anos. A Secretaria [seria] responsável pela convocação das plenárias e pela atualização política de seus membros[...]” (SOUZA, 2003, p. 151).

Assim sendo, o Relatório Final desse encontro já reconhecia a necessidade de o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) se fortalecer, fazendo-se representar nos diversos espaços de debate político como, por exemplo, nos conselhos gestores de políticas públicas, sobretudo os de saúde. Lobosque (2001) chama a atenção para este momento crucial na história política da luta antimanicomial, ou seja, o MNLA passou, a partir de então, a desenvolver “ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas” (GOHN, 2011, p.13).

Nestes termos, nota-se que o MNLA iniciou uma busca por ocupar os novos espaços políticos forjados nas mudanças das relações entre Estado e sociedade civil, acrescentando novas estratégias à sua militância. Assim, o MNLA assume para si a atribuição de ser mais protagonista em relação à política pública. Nos dizeres de Lobosque (2001, p. 32) competia ao MNLA “definir o modelo [de política pública de saúde mental] que defende, exigindo do poder público a responsabilidade de sua implantação, acompanhando-a e colocando-se como parceiros e interlocutores neste processo”.

### **3.3 O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como movimento social**

Teorizando sobre como se dá o surgimento de um movimento social na perspectiva da ação coletiva, Gohn (2004) afirma que é necessário um conjunto de fatores, que alinhados, constituem a sua formação. Assim, “carências, legitimidade da demanda, poder político das bases, cenário conjuntural e cultura política do grupo – resultarão na força social de um movimento, gerando o campo de forças do movimento social” (GOHN, 2004, p 250).

Pelo que se observa em toda a trajetória apresentada nos tópicos anteriores, os fatores mencionados pela autora são claramente percebidos no processo pelo qual passa a saúde mental no Brasil, em particular com as ocorrências registradas a partir do final da década de 1980. Primeiramente, as carências no campo da saúde mental daquela época se expressavam de forma contundente na necessidade de inversão do modelo assistencial centrado no hospital – desumano e segregador –, para um modelo mais inclusivo e digno.

Em segundo lugar, a legitimidade da demanda posta pelo Movimento Antimanicomial também estava dada na ampliação do conceito de cidadania, fato ocorrido no contexto de retomada do processo democrático brasileiro, a qual elevou à condição de cidadão, vários grupos sociais, entre eles, os loucos. Assim sendo, os direitos conferidos ao louco naquele contexto de redemocratização política fizeram com que a exclusão social a que estavam submetidos desde o Brasil Colônia passasse a ser percebida como antidemocrática e, portanto, descabida às novas condições sociais, culturais e políticas daquele momento.

Para além das razões acima alegadas, a trajetória apresentada nos tópicos anteriores deste capítulo deixa claro o papel da Sociedade Civil – inicialmente através da militância de trabalhadores do setor; posteriormente através da adesão de usuários, familiares e pessoas indiretamente ligadas às questões da saúde mental – no fortalecimento do Movimento Antimanicomial com os contornos claros de um movimento social.

Em paralelo a esses argumentos fundamentados nos posicionamentos de Gohn (2004), a trajetória do Movimento Antimanicomial delineada nos tópicos anteriores permite confirmar a sua condição de movimento também pelos aspectos considerados por Alain Touraine para que uma ação coletiva seja assim classificada. Conforme exposição feita no primeiro capítulo desta dissertação, o sociólogo francês considera que a constituição de um movimento social se dá a partir de três elementos principais: o ator, seu adversário e o que estaria em jogo no conflito, ou seja, um projeto.

No caso do Movimento Social Antimanicomial, sua composição por lideranças e seguidores com capacidade de demandar e reivindicar valores que lhes são caros e imprescindíveis, produzindo mudanças nos contextos sociais e materiais em que estão inscritos são características incontestáveis, quando se observa a trajetória descrita nos dois primeiros tópicos deste capítulo. Afirma-se, portanto, a condição deste movimento como um ator social nos termos defendidos por Touraine (e já apresentados em momento anterior deste trabalho).

Quanto ao adversário, uma das três condições citadas por Alain Touraine para se identificar um movimento social como tal, o Movimento Social Antimanicomial, confirmando os pressupostos do sociólogo francês, não se restringiu a uma mera oposição aos detentores do poder, defendendo os oprimidos por estes. Ao se empenhar na fragilização de toda uma lógica sociocultural de entendimento acerca da condição do louco – não se restringindo apenas a uma luta contra um tipo de tratamento – o Movimento Social Antimanicomial reforça, portanto, que o que está em jogo não é o mero antagonismo ao Estado ou às instâncias de poder – o que não seria suficiente, de acordo com Touraine, para inscrever tal ação coletiva na condição de Movimento Social. Como se viu nos tópicos iniciais deste capítulo, o enfrentamento do Movimento Social Antimanicomial se dá em relação àquilo que o sociólogo francês chama de adversário social organizado, materializado, a seu tempo, não só nos representantes políticos ou nas instituições favoráveis à lógica manicomial, mas também nas pessoas comuns, com seus pensamentos, atitudes e ações de natureza excludente da pessoa com transtorno mental que, de tão naturalizados, passavam despercebidos aos olhos de uma grande parcela da população. O que o Movimento enfrenta, portanto, é um adversário que, como afirma Touraine, inscreve-se em todo um quadro de referência, todo um mecanismo cultural sobre o lugar do sujeito louco na sociedade ocidental organizada.

Já no que se refere ao terceiro vértice considerado por Alain Touraine para considerar uma ação coletiva como um movimento social – o projeto -, cabe destacar que o Movimento Social Antimanicomial, mais uma vez em consonância com as definições do sociólogo

francês, impõe-se como uma “ação coletiva que coloca em causa um modo de dominação social generalizado” (TOURAINÉ, 2006, p.18) em relação ao entendimento sobre o louco e seu lugar na sociedade. Neste sentido, como descrito nos tópicos anteriores deste capítulo, o Movimento não só veio demarcando sua identidade, suas causas e suas aspirações sociais, mas também deixou claro que se inscreve em um conflito cuja arena de lutas é o campo da ação social. Assim sendo, o Movimento Social Antimanicomial evidencia com clareza aquilo a que ele se opõe na sociedade, obedecendo, a um só tempo, ao princípio da oposição demarcado por Touraine e ao princípio da totalidade mencionado pelo mesmo autor, já que se confirma como uma ação coletiva que busca intervir e modificar todo o domínio do conhecimento e da existência humana que se detém sobre as pessoas com transtorno mental.

Pelas razões expostas neste tópico, portanto, percebe-se a condição de movimento social em que se inscreve o Movimento Social Antimanicomial, sobretudo quando analisada a trajetória abordada nos tópicos apresentados neste capítulo.

## **CAPÍTULO 04**

### **CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DO FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL**

Neste capítulo, empreendemos uma análise das informações coletadas a partir de fontes orais, escritas e documentais, com vistas à reconstrução de um painel histórico composto por importantes eventos sociais, políticos, culturais e econômicos da conjuntura de Minas Gerais, cuja influência, em maior ou menor grau, resultou na constituição do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Para tanto, foram desenvolvidos cinco tópicos, os quais se organizam da seguinte forma: nos dois primeiros, refazemos o percurso histórico em que se constituiu e se disseminou o ideal antimanicomial em Minas Gerais, de modo a consolidar o Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental; o terceiro organiza-se em torno da conjuntura sociopolítica de Minas Gerais e Belo Horizonte no final dos anos de 1980 e início de 1990; o quarto apresenta a descentralização da política de saúde em Belo Horizonte, bem como as experiências vivenciadas pelo Movimento Antimanicomial de Minas Gerais nas áreas jurídica, assistencial e política, culminando com a constituição jurídica do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Finalmente, o quinto e último tópico apresenta alguns segmentos da sociedade mineira que se mostraram resistentes às ideias trazidas pelo Movimento Antimanicomial, buscando ressaltar a atmosfera de conflitos que deu origem a essa importante experiência de movimento social antimanicomial do Estado de Minas Gerais.

#### **4.1 Antecedentes históricos e políticos à militância antimanicomial mineira**

Seguindo a tendência da política assistencial em saúde mental adotada pela federação, o Estado de Minas Gerais repetiu, sobretudo a partir da década de 1960, a tendência nacional de uma progressiva privatização da assistência psiquiátrica, materializada na inauguração incessante de hospitais psiquiátricos particulares. Esse contexto permitiu que se reproduzisse, também no território mineiro, a combinação da exploração comercial da loucura, com a coisificação do louco, em nome do lucro, tal qual verificado em outras partes do país. Fato esse que se tornou, a partir da década de 1970, objeto de questionamentos e críticas severas feitas por parte da opinião pública. Nesse contexto, como vimos no capítulo anterior, Minas Gerais teve importante papel impulsor da Reforma Psiquiátrica brasileira quando, por aqui, foram levadas ao conhecimento da sociedade as péssimas condições de atendimento

oferecidas, à época, ao pessoa com transtorno mental. Foi neste cenário que, como vimos realizou-se, em 1979, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, o qual possibilitou a disseminação, em Minas Gerais, das revolucionárias ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, desdobrando em debates e discussões acerca da loucura por diversos espaços sociais, para além do campo da psiquiatria. Vimos também que, ainda no ano de 1979, foram divulgadas denúncias acerca da péssima assistência psiquiátrica mineira – tanto na imprensa falada, quanto na escrita e na televisiva – as quais escandalizaram a opinião pública em todo o Brasil, mobilizando alguns setores da sociedade com vistas a reivindicar mudanças na saúde mental. Todo esse painel de acontecimentos, portanto, serviu não só de cenário, mas de mola propulsora para que o movimento pela Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais desse os seus primeiros passos.

O processo de redemocratização em curso já no início dos anos 1980, tal qual em outros estados brasileiros, possibilitou que Minas Gerais elegeesse um governo oposicionista. Assim, a vitória do governo democrático liderado por Tancredo Neves viabilizou a expansão das possibilidades de participação popular em questões antes exclusivas da máquina pública estatal. A respeito deste período da história da política mineira, Pereira, W. (2004, p. 33) assim se expressa:

Com a vitória do PMDB nas eleições para o governo estadual em 1982, o discurso das propostas de participação popular nos programas públicos tornou-se mais generalizado entre os vários órgãos do Estado voltados para a área social, principalmente as Secretarias de Educação, Saúde e do Trabalho e Ação Social (Setas). Além disso, o governador eleito, Tancredo Neves, no período da campanha eleitoral, havia negociado essas pastas com setores ditos progressistas de esquerda. Ainda à época da campanha eleitoral, em 1982, o PMDB lançou o documento *Diretrizes para um plano de governo de Minas* (NEVES, 1982), no qual se tinha delineado a proposta de participação da sociedade nos negócios públicos.

Cabe destacar que a vitória política de Tancredo Neves (PMDB) para o governo de Minas só foi viabilizada graças a uma coalizão com diversos outros partidos políticos, com os quais o governo teve de dividir o poder, tendo que deixar sob a responsabilidade dos coligados, algumas Secretarias de Estado. Além disso, Tancredo teve que conduzir o seu governo em meio às sequelas negativas ainda presentes na economia do país, oriundas da crise econômica desencadeada com o fim do Milagre Econômico da década de 1970. Esse contexto político acabou por limitar, assim, a operacionalização da proposta de participação popular prometida na campanha eleitoral, reduzindo-a à ocupação de cargos de direção em órgãos da gestão estatal por líderes de alguns movimentos e organizações populares

(PEREIRA, W., 2004). Mesmo com isso, o contexto configurado pela ascensão de Tancredo ao governo do Estado era infinitamente mais adequado e aberto ao diálogo com a Sociedade Civil, se comparado à situação política e social dos anos anteriores.

Desse modo, essa favorável conjuntura política viabilizou a entrada de militantes dos movimentos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica no aparelho do Estado. Assim, lideranças desses movimentos foram recrutadas para ocupar espaços tanto no nível municipal, quanto estadual. Nestes termos, em 1983, “foram indicados representantes de tradição da medicina sanitaria e de saúde pública, para ocuparem as funções de Secretário e Secretário-Adjunto do Estado e também do município de Belo Horizonte” (PEREIRA, W., 2004, 279). Essa estratégia de empreender a luta pela alteração da política pública de saúde mental a partir da máquina estatal possibilitou aos trabalhadores mineiros, envolvidos com a causa da Reforma Psiquiátrica, a proposição e a implementação de ações no campo da saúde mental que fossem alinhadas com os preceitos da Reforma. Desse modo, o trabalho desenvolvido pelos profissionais progressistas contratados na área da saúde fez com que diversas mudanças ocorressem nesta política. Assim, alinhado com os preceitos do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (PRAPP), já mencionado no tópico 3.1, criou-se o “Programa de Saúde Mental [que foi] oficialmente implantado em Minas Gerais, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 1984, durante a gestão do governador Tancredo Neves.” (NETO, 2008, p. 19). Este mesmo autor destaca que esse Programa foi “anterior à municipalização da saúde” (NETO, 2008, p. 20), o que caracterizou essa iniciativa como inédita e de vanguarda para a região.

Nesta época, como nos demais estados da federação, não se cogitava a substituição total do manicômio. Buscava-se somente humanizar o hospital psiquiátrico e, ao mesmo tempo, ampliar as ações de saúde mental em nível ambulatorial. Nestes termos, as ações previstas pelo Programa para tentar humanizar o atendimento oferecido pelo hospital psiquiátrico incidiram somente sobre a rede de hospitais públicos, variando-se de acordo com a instituição. O hospital psiquiátrico de Barbacena, por exemplo, deixou de ser o receptor de novos pacientes vítimas de longas internações. No caso do Instituto Raul Soares, implantaram-se equipes multidisciplinares nas enfermarias e estabeleceu-se maior rigor nos critérios para a ocorrência de novas internações. Já no Hospital Galba Velloso, instalou-se um Projeto de Grupo Operativo, criaram-se equipes interdisciplinares nas enfermarias e no setor de urgência, os psicofármacos perderam o posto central e exclusivo que ocupavam no tratamento, alguns profissionais não-médicos passaram a ter mais voz ativa na condução do

tratamento deliberando sobre a internação e a alta dos pacientes (LOBOSQUE, 1997, p. 49-50).

No que diz respeito à ampliação da saúde mental no nível ambulatorial, essas mudanças se deram na perspectiva das Ações Integradas de Saúde (AIS), já mencionadas no tópico 3.1 desta pesquisa. Assim, foram constituídas equipes multiprofissionais compostas por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras. Nesta época, ocorreu uma franca expansão dos ambulatórios mineiros, com a estruturação de uma “rede ambulatorial estaduais, municipais, previdenciários e universitários” (GOULART, 1992, p.58).

Nestes termos, em Belo Horizonte e sua região metropolitana

foram apresentadas 23 equipes de Saúde Mental divididas em 18 centros de saúde e em cinco unidades de serviços de pronto atendimento e da rede hospitalar, em parceria com algumas prefeituras. As equipes [foram] estabelecidas como referência secundária, ou seja, como atendimento especializado. A princípio, o Programa de Saúde Mental buscava formular, de modo ainda primário, uma concepção integral de saúde – o famoso trinômio do bio-psico-social. Por isso, as primeiras equipes de Saúde Mental respeitavam essa conformação: psiquiatria (bio), psicólogo (psico) e assistente social (social). A falta de experiência para uma formulação mais sofisticada do que seria um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, conduziu a essa opção por uma alternativa mais óbvia (NETO, 2008, p. 20).

Essas equipes atuavam nas unidades básicas de saúde objetivando, principalmente, evitar que o paciente psiquiátrico chegasse à internação hospitalar. No caso daquele paciente que não fosse possível evitar sua internação, o papel da equipe concentrava-se em assisti-lo fora dos domínios do hospital, quando de sua alta hospitalar.

Nota-se, portanto, que os municípios de Belo Horizonte e região metropolitana já estavam colocando em prática, no ano de 1984, ações que materializavam o discurso acerca da saúde preconizado pelos movimentos das Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Sabe-se que, para esses dois movimentos, o conceito de saúde era muito mais que a mera ausência de doenças, incorporando aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Ou seja, abarcando uma perspectiva ampliada, através da qual a saúde era resultante das condições de alimentação, de habitação, de educação, de renda, de trabalho, de transporte, de lazer. Tratava-se, assim, de um entendimento inovador, uma vez que esse conceito ampliado de saúde só seria formalmente assumido com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ou seja, dois anos depois da implantação do Programa de Ações da Saúde Mental da região metropolitana de Belo Horizonte. Isso só foi possível graças a ação de profissionais

progressistas e afinados com os movimentos pela reforma da política de saúde que ocupavam cargos na máquina estatal.

Cabe destacar ainda que o Programa de Ações de Saúde Mental, desenvolvido com a implantação dos serviços ambulatoriais em algumas cidades mineiras, teve uma importância capital para o movimento da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais. Isso porque o Programa ousou introduzir modificações na lógica do tratamento oferecido ao louco, vigente no Brasil desde o século XIX, possibilitando uma quebra da hegemonia do saber psiquiátrico como único e absoluto no cuidado para com a pessoa com transtorno mental. Assim, a ampliação da quantidade de serviços ambulatoriais no estado de Minas Gerais demandou um enorme contingente de trabalhadores para compor as equipes multiprofissionais em saúde. Desse modo, houve a contratação, por meio de concurso público realizado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), viabilizando o ingresso de milhares de profissionais não-médicos nos diversos serviços de saúde. Conforme afirma um entrevistado:

o concurso da FHEMIG foi assim, para cerca de 1300 vagas espalhadas em equipes profissionais em Minas inteira, principalmente na atenção básica (E1).

Tal situação é assim relatada por um outro depoente:

Ingressei em 1986 na saúde pública via concurso público no Estado e, depois, posteriormente na Secretaria Municipal de Saúde de Betim, também por concurso público. [...] Eu fui contratada e treinada para trabalhar com pacientes egressos de hospitais psiquiátricos na atenção básica de saúde. [...] O Concurso era claro que era para a gente trabalhar no campo da saúde mental, prioritariamente, com pessoas egressas, ou seja, que tiveram internações em hospitais psiquiátricos. [...] Esse foi o primeiro grande concurso público em que a categoria dos psicólogos entrou para a saúde pública no Estado de Minas Gerais. [...] Já existiam alguns psicólogos atuando na saúde pública, mas era uma coisa mais isolada, não era de uma maneira mais coletiva. Então foi neste ano que os assistentes sociais, os psicólogos, ingressaram na saúde pública, com o objetivo primeiro de atuar no campo da saúde mental. [...] (E3).

Nota-se, assim, que muitos dos profissionais admitidos para trabalhar neste contexto acabaram por ter contato, pela primeira vez, com as ideias defendidas pelos movimentos tanto da Reforma Psiquiátrica, quanto da Reforma Sanitária, que vinham acontecendo no Brasil desde o final da década de 1970. Isso fez com que centenas desses profissionais se simpatizassem com os ideais dessas reformas, tornando-se militantes do movimento em favor do redirecionamento da política de saúde mental em Minas Gerais. O depoimento a seguir expressa com clareza essa questão:

Logo que eu entrei na saúde pública, eu já fui me inteirando dos problemas que tinham no campo da saúde, tomei conhecimento que tinha acabado de acontecer a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no mês de junho de 1986. Soube que tinha tido uma grande mobilização política para essa VIII Conferência, fiquei sabendo que ali foram traçadas as diretrizes da construção do Sistema Único de Saúde. E aí eu fui tomando conhecimento de que no campo da saúde mental, já havia acontecido, desde o final dos anos 1970, alguns movimentos de trabalhadores, especialmente de psiquiatras. [...] Eu fiquei sabendo que tinha acontecido o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1978 e que o Basaglia tinha vindo aqui em Minas. Fui-me inteirando, quem era o Franco Basaglia, fui aprofundando mais sobre Foucault [...] Fui me inteirando e fui me aproximando dos Sindicatos dos Psicólogos e do Conselho de Psicologia. Inicialmente, eu fui trabalhar em uma comissão de saúde dos psicólogos do Conselho. [...] Foi nesta comissão de saúde que começamos a discutir o papel e a função nossa, dos psicólogos, dentro da saúde mental; a entender um pouco da realidade, da assistência à saúde mental. Isso foi em 1986 e já tinha passado sete anos da vinda do Basaglia no Brasil. Ele já tinha denunciado as péssimas condições a que estavam submetidas as pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos públicos. A denúncia do Basaglia tratou foi da Colônia de Barbacena, do Raul Soares, do próprio Galba Velloso, mas tinha os hospitais privados, os conveniados, e aí a gente foi chamando outros profissionais para discutir questões relativas à saúde mental. O falecido César Campos participou das discussões nesta época. [...] E aí nós fomos nos preparar para participar em 1987 da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu no Rio de Janeiro, mas teve uma etapa mineira preparatória [...] (E3).

Podemos observar no depoimento acima que as ações em saúde mental desenvolvidas na rede ambulatorial nas diversas cidades mineiras, sobretudo em Belo Horizonte e sua região metropolitana, foram fundamentais para possibilitar a centenas de profissionais um acesso a experiências práticas e a diversas informações acerca de tudo aquilo que sustentava a luta pela Reforma Psiquiátrica. Além disso, o Programa proporcionou a esses profissionais fazerem parte “do que foi a primeira geração [em Minas Gerais] que pôde experimentar, ainda que sem muito sucesso com as psicoses e suas crises, uma intenção de oferecer cuidados extra-hospitalares ao sofrimento mental” (SILVA, 2013, p.02).

As tentativas de humanização dos hospitais psiquiátricos bem como a ampliação dos serviços ambulatoriais vinham se configurando em Minas Gerais como uma importantíssima estratégia para reorientar a assistência psiquiátrica. Entretanto, uma radical mudança na conjuntura política no Governo do estado, fez desacelerar abruptamente os avanços experimentados pela política de saúde mental na gestão Tancredo Neves/ Hélio Garcia. Nesse contexto, em 1987, a eleição de Newton Cardoso (PMDB) para governador “transform[ou]-se no maior obstáculo para avanços da saúde pública no Estado de Minas Gerais. Com isso, esse setor passou a sofrer uma variação radical, em comparação ao período Tancredo/Hélio e até

aos governos da ditadura” (PEREIRA, W., 2004, p. 287). De fato, o governo de Newton Cardoso, além de fechar o espaço político em Minas Gerais, representou um enorme retrocesso para as políticas públicas como um todo. No caso da saúde mental, diversos militantes que atuavam junto ao governo progressista na gestão anterior, sofreram perseguições políticas e foram demitidos de seus cargos. Nos dizeres de Goulart (1992, p. 59),

com a posse do novo Governo de Minas Gerais, a reestruturação da assistência pass[ou] a enfrentar grandes obstáculos. Os salários [foram] progressivamente rebaixados na rede pública estadual, responsável direta pela maior parte dos serviços instalados. Assim, as condições de trabalho, que já não eram satisfatórias, se deterioraram. O Estado deix[ou] de oferecer apoio operacional mínimo a todo o serviço de saúde ambulatorial. As reformas em curso nos hospitais psiquiátricos [foram] obstaculizadas com a demissão de pessoal estratégico para a consolidação das mudanças.

Somou-se a esse retrocesso no âmbito da política, o fato de que as ações empreendidas pelo Programa de Saúde Mental não obtiveram o sucesso esperado. Desse modo, a tentativa de humanizar o hospício só chegou até onde a forte cultura manicomial dominante à época permitiu. Assim, o trabalho previsto pelo Programa de Ações em Saúde Mental não alcançou as redes de leitos psiquiátricos conveniadas, deixando sem qualquer controle do Estado tanto a indicação quanto a qualidade do tratamento realizado nessas instituições privadas (SILVA, 2013; LOBOSQUE, 1997). Além disso, as equipes multiprofissionais de saúde mental que atuavam dentro dos hospitais psiquiátricos públicos também enfrentavam problemas<sup>39</sup>. Nestes termos,

as tímidas experiências de transformações que estavam sendo levadas a cabo no interior dos manicômios da rede pública, na direção da sua humanização e dinamização, encontram, por sua vez, seus limites no novo quadro gerado pelas eleições de 1986, com a reconquista pelas forças mais tradicionais da psiquiatria, dos recém-conquistados espaços na administração pública por parte dos reformadores do MTSM (SILVA, 2013, p. 02).

Nesse contexto, também as ações em saúde mental na atenção primária não lograram o êxito esperado. Exemplo disso foi que o principal objetivo de refrear as internações hospitalares, interceptando o fluxo que fazia conexão direta entre o paciente e o manicômio, não havia sido alcançado. Conforme nos informa o depoimento a seguir, a falta de êxito do Programa de Saúde Mental implantado em Minas Gerais pode ser compreendida a partir de

---

<sup>39</sup> Para conhecer outros detalhes acerca das barreiras encontradas pelas tentativas de reestruturação da assistência psiquiátrica a partir de ações desenvolvidas dentro dos hospitais psiquiátricos mineiros, sugerimos o livro *Princípios para uma clínica antimanicomial* – sobretudo o capítulo 05 – de autoria de Lobosque (1997).

uma série de fatores: 1) a implantação das equipes de saúde mental não ocorreu na totalidade dos municípios do Estado, e, onde ocorreu, não conseguiu cobrir todas as unidades de saúde existentes; 2) a oferta de ações em saúde mental pôs luz sobre uma demanda reprimida por esse tipo de serviço por um público não previsto pelo programa, sobrecarregando os profissionais e comprometendo o atendimento ao público-alvo do programa (o egresso do hospital psiquiátrico); 3) a não-aderência dos donos de hospitais psiquiátricos, por razões óbvias, boicotando o encaminhamento do paciente de alta hospitalar para as unidades básicas de saúde<sup>40</sup>.

O programa criado pelo Estado era para atender ao portador de sofrimento mental grave, aos psicóticos egressos dos hospitais psiquiátricos. Eles [pacientes] tinham uma crise aí eram internados. Quando saíssem, eles deviam continuar o tratamento nas unidades básicas de saúde. O Problema é que isso não aconteceu ou aconteceu de uma maneira muito espaçada, fragmentada. Isso porque, primeiro, quando foram constituídas as equipes mínimas de saúde mental em unidades básicas de saúde, isso só ocorreu em algumas unidades, só nas cidades maiores do Estado de Minas Gerais, [...] Betim, Contagem, Santa Luzia, Governador Valadares, Uberaba, Uberlândia, Montes Claros. Além disso, os profissionais encontraram uma demanda enorme de pessoas que demandavam saúde mental, mas com problemas existenciais, crises, angústias, depressões... muitas vezes por problemas financeiros, conjugais, relações familiares. Houve também uma demanda enorme das escolas municipais, estaduais e até da rede privada, para atender as crianças que tinham problemas de aprendizagem... Então teve... assim... uma explosão de demanda. Além disso, os hospitais não fizeram uma adesão ao projeto de mandar os egressos de uma maneira sistematizada, com fluxo definido. Os internos dos hospitais, quando melhoravam, na maioria das vezes, não eram encaminhados para a atenção básica. E o grande ciclo de internação qual é? É que as pessoas ficam internadas, são medicadas e, quando eles dão alta para a pessoa, fornecem uns vinte comprimidos... Não falam para as famílias que elas devem continuar o tratamento na atenção básica [...]. E essas famílias, muito mal informadas, muito sem instrução, acabam deixando o paciente dar uma melhorada até ele ter outra crise... quando eles voltam com ele para internar. E tinha muito proprietário de hospital, principalmente no interior, que [...] vivia disso, aquele ciclo de internações eternas do portador de sofrimento mental que entra em crise (E4).

Analisando esse relativo fracasso das ações em saúde mental na atenção primária, Silva (2013, p. 02) defende que ele pode ser explicado pelo fato de serem elas algumas ações em saúde mental “periféricas, em relação às engrenagens que moviam a verdadeira ‘indústria da

<sup>40</sup> Além desses fatores que dificultaram o bom desenvolvimento das ações em saúde mental nos serviços ambulatoriais, Goulart (1992), em estudo específico sobre tais serviços, aponta também a dificuldade de os profissionais contratados para trabalhar nesses espaços atuarem em uma perspectiva interdisciplinar, sobretudo pela divergência de entendimento que cada categoria profissional tinha, à época, sobre o que vinha a ser a doença mental. (Cf. GOULART, 1992).

loucura' que movimentava milhões em interesses nos recursos públicos previdenciários”.

É nesta conjuntura de desmonte da política de saúde mental patrocinado pelo reacionário governo de Newton Cardoso e da constatação da não-eficiência das ações do Programa de Saúde Mental, que Minas Gerais começou a se preparar para participar, em 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Tal Conferência foi convocada para debater, entre outros temas, “A Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental” (BRASIL, 1988, p. 09).

Realizada como etapa preparatória para a Conferência Nacional, a I Conferência Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais tornou-se um espaço bastante rico para se debater as questões relativas à necessidade de se empreender um redirecionamento na política de saúde mental do Estado. Como vimos há alguns parágrafos, as iniciativas empreendidas pelos trabalhadores de saúde mental mineiros não obtiveram o êxito desejado; inúmeros militantes tinham sido depostos de seus estratégicos cargos públicos; as ações em saúde mental na atenção primária não se fizeram suficientes para barrar as internações hospitalares. Tampouco as ações desenvolvidas dentro dos manicômios lograram êxito, levando à constatação de que não seria possível *humanizar/ domesticar* o hospício. Todo esse contexto acabou por intensificar as críticas ao modelo assistencial tradicional e colocou em cheque as próprias estratégias utilizadas até então pelos trabalhadores da saúde mental do Estado. Desse modo, a convocação da I CNSM, com o propósito de reformular todo o modelo assistencial em saúde mental, ecoou com grande força em terras mineiras. Para além desses elementos, a I Conferência Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais foi o espaço que possibilitou o encontro de duas gerações dos militantes da saúde mental de Minas Gerais:

a geração dos antigos militantes diretores dos hospitais psiquiátricos da FHEMIG nomeados pelos governos progressistas e demitidos pelo Newton Cardoso e a geração dos profissionais da atenção primária, contratada no concurso da FHEMIG (E1).

Esse encontro contribuiu de forma sensível para a consolidação do movimento dos trabalhadores em saúde mental de Minas Gerais, uma vez que reuniu militantes com origens e percursos profissionais bastante diferentes: alguns com vasta experiência de trabalho e de militância exercidos dentro do hospital psiquiátrico; outros, com experiência profissional e militância fora dos domínios das instituições hospitalares (LOBOSQUE, 1997). Ambos os grupos com forte desejo de contribuir para a alteração dos rumos da assistência em saúde mental vigente até então, e dispostos a unir forças na luta para tal.

Em síntese, foram elementos como 1) a insatisfação dos profissionais com o tipo de condução antidemocrática da política de saúde mental dada pelo governo de Newton Cardoso; 2) a constatação dos limites existentes na estratégia de militar a partir do aparelho do Estado; 3) a comprovação, a partir da própria prática profissional, da impossibilidade de *domesticar/humanizar* o hospital psiquiátrico; e 4) a complexificação do caldo cultural e político propiciado pelo encontro das duas gerações de militantes na I Conferência Estadual de Saúde Mental – fortalecendo os militantes mineiros – que constituíram a efervescente conjuntura política sob a qual Minas Gerais elegeu sua delegação para representar o Estado na I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Como vimos anteriormente (tópico 3.1), durante a I CNSM, alguns delegados militantes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) realizaram reuniões paralelas às oficiais, nas quais constataram que não seria mais possível o Movimento continuar se diluindo dentro da máquina estatal. Nessas mesmas reuniões, debateram a necessidade de se empreender uma reorganização política e estratégica do Movimento em função do erro cometido (de se misturar ao Estado) e propuseram a realização de um evento nacional – o Congresso de Bauru – objetivando reorganizar a ação política do MTSM. Destaca-se que, tanto nas reuniões paralelas de reflexão acerca dos rumos do MTSM realizadas durante a I CNSM, quanto na comissão encarregada de organizar o Congresso de Bauru, Minas Gerais se fez presente com trabalhadores representantes das duas gerações de militantes mineiros às quais nos referimos acima.

O depoente que nos concedeu a primeira entrevista informou que a comissão encarregada de preparar o encontro nacional em Bauru/SP contou com representantes do Rio de Janeiro, de Minas Gerais, de São Paulo, do Espírito Santo e, em algumas reuniões, com representantes de Goiás. No caso da Comissão de Minas, ela era composta por Marcus Vinícius de Oliveira Silva – militante da ‘nova geração’ – e Cezar Rodrigues Campos e Wellerson Alkimim – militantes da ‘velha geração’. Um mês antes do encontro de Bauru, a comissão mineira promoveu um encontro estadual e foi criado o Fórum Permanente de Saúde Mental de Minas Gerais (E1).

Assim, tanto em Minas Gerais, quanto em outros estados, o processo preparatório foi importantíssimo para a problematização da situação da assistência em saúde mental como um todo, bem como para a consolidação do ideal antimanicomial que viria a ser proposto em Bauru. Nestes termos, afirma o mesmo entrevistado

o mandato recebido pela comissão organizadora era para reorganizar os trabalhadores de saúde mental, para eles atuarem naquela conjuntura política, onde coisas novas estavam acontecendo e os manicômios eram um problema muito importante. Era esse o mandato. [...] Só que o processo preparatório durante os meses que antecederam o Congresso de Bauru foi um processo de reflexão riquíssimo, que juntou as duas gerações de militantes. Então, nós tínhamos o Pedro Gabriel Delgado representando o Rio de Janeiro, junto com a Marisa Conde e com a Marta Zappa. Nós tínhamos eu, da nova geração do movimento de saúde mental e da atenção primária, e o Cezar e o Wellersom, da velha geração aqui de Minas. Em São Paulo, tinham fundamentalmente as pessoas ligadas ao novo Movimento, que tinham criado uma plenária de trabalhadores de saúde mental, fruto dessa entrada massiva de gente dentro da atenção primária [...]. E no Espírito Santo também... era o Ricardo Lírio e o Paulo Bonassa e também o irmão do [Paulo] Amarante, o Fausto Amarante, que eram da velha geração. Então é isso que é interessante, você perceber que a velha geração que era uma geração muito psiquiátrica e a nova geração que é uma geração de trabalhadores multiprofissionais da saúde mental: psicólogos, terapeutas ocupacionais [...] Então, quer dizer... você tem ali um espaço intergeracional de reflexões que é onde emerge a questão de fazer um congresso como um congresso por uma sociedade sem manicômios (E1).

Esse momento preparatório do Congresso de Bauru foi de tal forma relevante, que uma decisão do grupo que terminaria por redirecionar os rumos do encontro foi destacada:

Não era um mandato [...] fazer um congresso por uma sociedade sem manicômios. Essa foi uma forma de interpretação do mandato que ultrapassou o mandato que aquela assembleia da UERJ conferiu. E ele se autonomiza um pouco e ele avança na proposição com uma verdadeira direção política daí pra frente [...] Então, desse encontro, dessas duas constatações é que gera como uma espécie de solução a ideia de “Por Uma Sociedade Sem Manicômios!”. (E1)

#### **4.2 A consolidação do Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental**

Os trabalhadores da saúde mental militantes presentes no Congresso de Bauru retornaram para Minas Gerais, sem, entretanto, contar com um grupo ou um núcleo antimanicomial dotado de uma organicidade. Uma razão para isso era que as então recentes ideias e ideais originários no Congresso de Bauru ainda não haviam se fixado por aqui. O próprio Fórum Permanente de Saúde Mental de Minas Gerais, recém-criado com o objetivo inicial de propiciar as discussões preparatórias para o encontro de Bauru, não se constituía ainda como um grupo solidificado. Nestes termos, diz um depoente:

nós éramos um grupo, mas como qualquer coletivo. Vem gente, vai gente... Uns ficam, outros não ficam... O certo é que alguns de nós nos mantivemos [...]. O Fórum seguiu, com alguns encontros (E4).

Assim sendo, à época, esse grupo ainda não possuía uma linha estratégica de luta ou uma agenda de ações políticas. Além da ausência de agenda, da instabilidade de frequentadores e irregularidade na periodicidade com que os encontros ocorriam, o Fórum Permanente de Saúde Mental de Minas Gerais não contava com um lugar fixo para realizar suas reuniões, como nos informa os depoimentos a seguir:

Nós fizemos um encontro que aconteceu na Associação Médica [...] A gente se encontrava lá no auditório do Santo Agostinho [...] (E4).

O CRP sediou alguns encontros do Fórum [...] (E1).

A gente se reuniu no auditório da FUMEC, no CRP (E3).

Apesar dessa relativa falta de organicidade predominante naqueles tempos, em Minas Gerais, o ideal antimanicomial construído a partir do Congresso de Bauru foi sustentado, nos seus primeiros anos, pelo Fórum Permanente de Saúde Mental de Minas Gerais, contando com o apoio da Associação Mineira de Psiquiatria (AMP) e do Conselho Regional de Psicologia (CRP) (E1).

Como registrado acima, o Congresso de Bauru inaugurou, no país, a luta por uma sociedade sem manicômios. A complexidade dessa empreitada fez com que o movimento pela reorientação da saúde mental no Brasil adotasse, a partir de então, novos referenciais teóricos e diferentes rumos políticos em relação ao que vinha sendo praticado até 1987. Uma das propostas de modificações empreendidas pelo Movimento Antimanicomial, à época, foi deixar de ser um movimento exclusivo de técnicos e trabalhadores da saúde mental, para se aproximar e abarcar outros atores sociais, como os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares; além de fazer alianças com movimentos sociais de outros setores da sociedade.

Em Minas Gerais, difundir o ideal antimanicomial para os diversos grupos sociais não se configurou em uma tarefa fácil. Isso porque, ao regressarem de Bauru, os trabalhadores militantes antimanicomiais mineiros se depararam com uma sociedade que mantinha intacta a mesma cultura manicomiocêntrica que possuía antes de 1987. Belo Horizonte, por exemplo, “como outras capitais mais desenvolvidas, vinha caminhando na direção de uma cultura manicomial solidamente implantada” (LOBOSQUE, *et al*, 1998, p. 243). Assim, a divulgação, para a sociedade, do ideal antimanicomial foi muito difícil:

Nem tudo foi flores no começo do Movimento Antimanicomial em Minas Gerais (E1).

Desse modo, a bandeira *Por uma sociedade sem manicômios*, bem como a definição de um dia nacional para se celebrar a luta antimanicomial, instituídos no Congresso de Bauru, se revelaram como estratégias extremamente importantes para o Movimento, uma vez que se tornaram referências agregadoras para a militância. Nesse sentido, o depoimento a seguir é emblemático, para se compreender a importância desta data e desse lema:

Logo depois que nós chegamos de Bauru... Aqui em Belo Horizonte ainda não existia mobilização, não existiam serviços substitutivos, não existiam usuários organizados. [...] Existiam só hospitais psiquiátricos e um lema: Por Uma Sociedade Sem Manicômios! Eu me lembro que o que começou a nos unir eram as comemorações do 18 de maio. Eram comemorações muito simples. A primeira foi na Praça Sete, onde nós a fizemos com poucas pessoas. Montamos um palanque na Praça Sete, começamos a falar de reforma psiquiátrica [...] Então, o que nos unia era a organização dessa data (E5).

Nestes termos, os trabalhadores mineiros iniciam, já em 1988, suas ações, na tentativa de colocar em prática os princípios antimanicomiais, os quais, por sua vez, buscavam desconstruir o paradigma assistencial fundamentado na tutela e segregação social, bem como problematizar junto à sociedade novas formas de se lidar com a loucura e com a pessoa do louco. Fiéis às diretrizes traçadas no Congresso de Bauru, os militantes de então buscaram, inicialmente, empreender ações que seguissem “um caminho de alargamento das fronteiras da luta para uma ação no interior da própria cultura, trazendo a discussão sobre a loucura para o cotidiano da sociedade, numa estratégia que ampliava a atividade puramente assistencial [...]” (NETO, 2008, p. 21). Assim, as ações dos militantes mineiros naqueles primeiros anos pós-Bauru,

tiveram um caráter mais demonstrativo, de lançamento das ideias antimanicomiais (E1).

E, dada a falta – naquele momento – de uma maior organicidade e estruturação do movimento,

as comemorações do 18 de maio nos dois primeiros anos foram heroicas. Nós, militantes, fizemos um trabalho de desbravadores (E1).

Neste contexto, as comemorações do dia 18 de maio iniciaram ancoradas em atividades culturais e reflexivas, cujo objetivo era propagar os preceitos da Reforma Psiquiátrica. As primeiras comemorações basearam-se na realização de entrevistas na mídia local, projeção de filmes temáticos com posterior debate a respeito, realização de oficinas etc. “Nos primeiros tempos, os discursos, os pronunciamentos, enfim a formatação habitual dos atos públicos ainda marcavam formalmente os 18 de maio [...]” (LOBOSQUE, 2001, p. 105).

Nota-se que se tratou de atividades relativamente simples se comparadas às grandes manifestações públicas promovidas anos mais tarde e que perduram até os dias de hoje, com a participação de milhares de pessoas tanto de Belo Horizonte, quanto do interior do Estado. Entre esse público participante, estão os usuários, os familiares, os trabalhadores de saúde mental e adeptos em geral à causa antimanicomial.

Nos anos que se seguiram (1989, 1990, 1991 e 1992), ocorreram importantes eventos<sup>41</sup> que contribuíram para a consolidação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Os impactos desses acontecimentos se fizeram sentir também em Minas Gerais. Desse modo, como vimos no tópico 3.2 deste trabalho, no plano jurídico, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Antimanicomial n.º 3657/89 e foram promulgadas também as leis 8080/90 e 8142/90, ambas de regulamentação do Sistema Único de Saúde. No âmbito assistencial, tivemos a paradigmática e exitosa intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos/SP, provando ser exequível a ideia de substituição do hospício por outros serviços de saúde mais abertos. Contamos, também, com a implantação do Sistema Único de Saúde, causando forte impacto na descentralização da saúde, através da municipalização dessa política. No aspecto político, as eleições municipais de 1988 e 1992 colocaram no poder candidatos – vereadores e prefeitos – originários de partidos democráticos/populares, sobretudo do Partido dos Trabalhadores, que à época despontava como uma nova opção oposicionista. Também em 1992, realizaram-se a IX Conferência Nacional de Saúde e a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Além desses eventos mencionados, outros acontecimentos em nível local também impactaram positivamente as diversas políticas públicas, entre elas a de saúde mental. Tal situação causou rebatimentos favoráveis sobre a atuação do Movimento Antimanicomial Mineiro. Dentre esses eventos, cabe citar: 1) em 1989 – início do processo de municipalização e descentralização dos serviços de saúde na capital de Minas Gerais; 2) em 1990 – promulgação da Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte, a qual estabeleceu possibilidades de criação de instâncias de participação popular; realização da II Conferência Municipal de Saúde 3) no ano de 1991 – criação da lei que regulamentou a criação do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, os Conselhos distritais e os Conselhos locais, além da Conferência Municipal de Saúde. Foi também em 1991 que se encerrou a reacionária administração do governo de Newton Cardoso, com a posse de Hélio Garcia no

---

<sup>41</sup> Alguns destes eventos serão mais bem explorados nos próximos tópicos deste trabalho, objetivando demonstrar que muitos deles influenciaram as ações e estratégias de luta do movimento social antimanicomial de Minas Gerais, bem como a constituição de sua agenda política.

governo do Estado. Nesse mesmo ano, ocorreu também a III Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a II Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais. Ainda em 1991, foi realizada uma auditoria técnica em todos os hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, e foi também viabilizado o contato dos trabalhadores de saúde mental de Minas Gerais com a experiência de Santos. Em 1992 – Elaboração do Projeto de Lei antimanicomial de Minas Gerais e, também neste ano, o Partido dos Trabalhadores elegeu seus candidatos em diversos municípios mineiros, entre eles, Belo Horizonte.

Essa sucessão de eventos políticos e sociais colaborou de forma significativa para que se buscasse uma consolidação da democracia tal qual foi prevista pela Constituição Federal de 1988. Desse modo, como já argumentamos no tópico 2.2 desta pesquisa, o fortalecimento das comunidades locais, ampliando-lhes a capacidade deliberativa sobre a condução das políticas públicas, favoreceu o surgimento de iniciativas criativas no âmbito da saúde mental, por parte de diversos municípios mineiros. Como já apresentado também, a democratização das relações entre o Estado e a Sociedade Civil pós-1988, possibilitou aos movimentos sociais um envolvimento nos mecanismos participativos recentemente implantados.

Foi essa conjuntura sociopolítica constituída na virada da década de 1980 para a de 1990 que possibilitou a diversos municípios do interior de Minas Gerais – Brumadinho, Betim, Itaúna, João Monlevade, dentre outros – a criação de serviços de saúde mental, levando em consideração os preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira e, obviamente, alinhados ao movimento antimanicomial (LOBOSQUE, 1997). Desse modo, por iniciativa dos trabalhadores de saúde mental de várias cidades de Minas Gerais, realizou-se em 1991, em João Monlevade, o I Encontro Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, como nos revela o depoimento abaixo

Antes de abrir as grandes redes mineiras, por exemplo, a de Belo Horizonte, a de Betim, a gente já tinha um processo que era de fazer, mais ou menos uma vez por ano, encontros que se chamavam de Encontros de Trabalhadores de Saúde Mental. Então a gente pegava, por exemplo, Itaúna que tinha um hospital-dia, Brumadinho que estava abrindo o seu primeiro CAPS, Monlevade que também estava abrindo um serviço. Esses municípios ainda não tinham rede, eles tinham um serviço ou outro. Esses municípios nos recebiam, cada um de nós conseguia grana de seu município para ir nesses encontros. Mas eram encontros completamente desinstitucionalizados, no sentido de que a gente é que fazia a pauta, a gente escolhia os convidados, a gente agendava o que era importante discutir, a gente programava como ia ser o encontro. Eu acho muito importante isso, porque antes mesmo de a gente se aproximar mais dos usuários, dos familiares [...], a gente já tinha essa prática de um movimento de trabalhadores desinstitucionalizado... Quer dizer, não eram só os trabalhadores da FHEMIG... Não eram só os trabalhadores do hospital-dia de

Itaúna e etc. Eram os trabalhadores de saúde mental que defendiam essa proposta (E6).

Destaque interessante, e que precisa ser mencionado neste ponto do estudo aqui apresentado, está na constatação de que, nesse momento da história então reconstruída, o nome do Fórum Permanente de Saúde Mental de Minas Gerais desaparece dos registros orais e escritos coletados para a composição deste texto. Ao mesmo tempo, os registros referentes ao Movimento Antimanicomial de Minas Gerais passam a adotar a expressão *Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental*.

Mesmo sem dados que possam alimentar uma afirmação assertiva das razões desse acontecimento ou que permitam afirmar se e por que ocorreu a dissolução do Fórum Permanente de Saúde Mental de Minas Gerais, arriscamos a elaborar duas hipóteses a respeito do desaparecimento de uma expressão e o surgimento da outra. A primeira é que houve a fusão dos dois grupos, uma vez que o número de militantes em comum era muito grande, não justificando a existência de encontros separados. A outra hipótese refere-se à supremacia do nome oriundo do I Encontro Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, uma vez que essa nomenclatura era mais adequada para expressar a composição desse coletivo. Isso porque, como afirma Lobosque (1997, p. 56), naquela ocasião, “o movimento se reduzia ainda ao enunciado do seu nome: Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental.” Ou seja, era um coletivo fundamentalmente composto por trabalhadores, não contando com a participação efetiva dos usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

#### **4.3 A conjuntura sociopolítica no período de transição das décadas de 1980 para 1990**

No âmbito da política federal, o Partido dos Trabalhadores (PT) foi derrotado nas urnas em 1989 por Fernando Collor de Melo, do Partido da Reconstrução Nacional (PRN) – candidato conservador e alinhado com a direita. Nestes termos, as propostas do governo Collor visavam dinamizar

um ‘Projeto de Reconstrução Nacional’. Prioriza[va] os programas de ajuste estrutural da economia em que a estabilidade monetária e o combate à inflação tornaram-se o eixo. Introduz[iu] o modelo neoliberal no país por meio da abertura da economia brasileira, da privatização e das medidas de desregulamentação em que o Estado é o epicentro (ROSA, 2003, p. 115-116).

Assim sendo, a política econômica com fortes características neoliberais adotada por Collor trouxe prejuízos concretos para a área social, restringindo direitos e oferecendo

respostas seletivas e focalizadas somente a questões sociais extremamente graves. Com isso, as políticas sociais – incluindo a de saúde – passaram a ser “subordinadas às reformas estruturais e restritas a ação emergencial, de caráter assistencialista, sem assegurar direitos e constitu[iram] uma política pública, contrariando a Constituição de 1988 [...]” (ROSA, 2003, p. 117).

A comprovação de uma série de denúncias de irregularidades praticadas na campanha eleitoral que elegeu Collor de Melo, bem como a descoberta de um grande esquema de corrupção ao qual o Presidente estava ligado, levou, em 1992, após intensa pressão popular, à aprovação, pela Câmara dos Deputados, do pedido de *impeachment*, retirando Collor da Presidência da República.

Cabe destacar que a intensa mobilização popular em torno da derrubada de Collor do poder não se constituiu em um fato inédito no país. Como vimos nos tópicos 2.1 e 2.2 deste trabalho de pesquisa, a organização da Sociedade Civil para reivindicar seus direitos e lutar por seus interesses já vinha sendo praticada desde meados da década de 1970 e ganhou bastante expressividade nos anos 1980, por ocasião da luta pela redemocratização e pelo desenvolvimento do processo constituinte.

Sendo o vice-presidente, o mineiro Itamar Franco assumiu, assim, a Presidência da República, defendendo “em seu programa, a reversão do processo de desigualdade social” (ROSA, 2003, p. 121), mas continuando “com a política liberalizante iniciada por seu antecessor, muito embora de forma mais lenta” (ROSA, 2003, p. 121).

Conforme vimos no tópico 2.1 deste trabalho, a conquista da redemocratização do país não se traduziu de forma imediata em melhoria das condições de vida das pessoas. Os direitos sociais inscritos na Constituição Federal de 1988 levaram boa parte da população a grandes expectativas em relação ao Estado. Entretanto, o ideário neoliberal difundido no país simultaneamente à ampliação da ideia de participação social, além de impactar negativamente as políticas sociais, acabou por se desdobrar em supressão de direitos sociais. Além disso, o projeto político neoliberal, tendo como prática comum a transferência das responsabilidades do papel do Estado para a iniciativa privada, passou a ameaçar a implantação das recém-conquistadas políticas sociais inscritas na Constituição de 1988.

Nesse contexto, instaurou-se, no país, certa decepção da população com o Estado e com seus governantes conservadores, contribuindo, assim, para que candidaturas populares crescessem pelo Brasil. Assim, nas eleições desenvolvidas a partir de 1988, em um quadro de multipartidarismo, ganharam destaque os partidos políticos vinculados a uma linha mais popular/progressista. Nessa conjuntura, o Partido dos Trabalhadores (PT), por exemplo,

passou a ser visto por parte da sociedade brasileira como uma nova opção oposicionista fortemente vinculado aos movimentos sociais e às bases políticas mais populares.

Em Minas Gerais, essa tendência da conjuntura política nacional foi observada por Dulci (1996, p. 25-28) nas eleições municipais de 1988, quando o PT elegeu nove vereadores em Belo Horizonte, tornando-se, à época, a maior bancada daquela Câmara Municipal. Mesmo com a eleição de Pimenta da Veiga como prefeito da cidade, pelo Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB) (graças a uma forte coligação composta por este partido, o PFL e o PDT), o Partido dos Trabalhadores revelava-se, assim, ser a preferência da população mineira, quando do pleito nacional em 1989. Nestes termos, “a dupla vitória de Lula em Belo Horizonte (assim como em várias cidades importantes do Estado) na corrida presidencial em 1989, era um dado novo no jogo do poder político em Minas Gerais” (DULCI, 1996, p. 25).

No plano estadual, Hélio Garcia, que já havia governado o Estado junto com Tancredo Neves na década de 1980, foi eleito governador, em 1990, pelo Partido das Reformas Sociais (PRS), com mandato perdurando de 1991 até 1994. Com um discurso que romperia com a pobreza e o atraso em que se encontrava o Estado, o Plano de Governo de Hélio Garcia, de forma um tanto quanto eufórica, prometia preparar Minas para o cenário nacional e internacional (PEDROSA, *et al*, 2005).

De volta ao nível municipal, as eleições de 1992 ocorreram sob o impacto das grandes manifestações populares na campanha *Fora Collor*, situação que beneficiou sobremaneira os partidos de esquerda. Assim, obtendo sucesso nas urnas, diversas administrações progressistas se instalaram nos municípios, como foi o caso de Betim e de Belo Horizonte. Na capital mineira, o Partido dos Trabalhadores novamente teve expressiva votação e, desta vez, além de seis vereadores, elegeu também o seu então candidato à prefeitura. Assim, Patrus Ananias de Souza foi eleito “após uma campanha realizada num clima de muita mobilização política promovida, especialmente pela militância partidária e pelos movimentos sociais que o apoiam” (BEDÊ, 2005, p. 79). Essa vitória se deu por meio da coligação denominada *Frente BH Popular*, composta pelo PT e outros três partidos políticos: PMDB, PCdoB e PRTB.

Desse modo, apesar de, no âmbito federal, o país ter vivenciado aquele contexto político conservador e por consequência desfavorável à democracia e à participação popular (como sumariado no início deste tópico), diversas administrações municipais e estaduais foram assumidas por partidos políticos progressistas.

#### **4.4 De Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental a Fórum Mineiro de Saúde Mental: um percurso**

#### 4.4.1 A descentralização da assistência em saúde em Belo Horizonte

Os governos progressistas que assumiram os inúmeros municípios nos quais foram eleitos enfrentaram o desafio de pôr em prática uma gestão democrática/popular, associando elementos da democracia representativa com alguns de democracia participativa. Para tanto, fez-se necessário materializar, no cotidiano da gestão pública, um sistema político descentralizado, cujos canais de participação popular no controle social do Estado passaram a garantir o envolvimento da Sociedade Civil organizada nos processos de tomada de decisão do Estado.

Como já apontado no tópico 2.2 deste trabalho, os mecanismos formais da descentralização política e administrativa foram inscritos pela Constituição Federal de 1988. Naturalmente, a operacionalização desses mecanismos não se deu de forma tranquila, sem problemas ou sem resistências<sup>42</sup>. Isso porque, para colocar em prática o novo modelo de gestão pública, era preciso desconstruir a cultura autoritária da política brasileira vigente até então, a qual sempre manteve a Sociedade Civil subordinada ao Estado, concentrado neste último o poder de decisão político e administrativo acerca das políticas públicas.

A esse respeito, Bittar (1992, p. 21-24) menciona um dos desafios de então: enfrentar o desafio de empreender

mudanças do papel tradicional que os municípios ocupar[am] na vida política brasileira [...], [bem como reforçar] tanto a participação na gestão como na organização autônoma da Sociedade Civil [que tradicionalmente] esbarraram na insuficiente cultura política democrática da população que é vítima do autoritarismo historicamente vigente, reforçado pelos vinte anos de ditadura militar.

Além desses entraves da cultura política brasileira que tradicionalmente marcou com autoritarismo a relação do Estado com a Sociedade Civil, o desfavorável cenário econômico brasileiro na virada da década de 1980 para os anos 1990 estava marcado pelo discurso neoliberal, preconizando a diminuição da responsabilidade do Estado para com as diversas políticas públicas.

Sob esse cenário, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um enorme desafio para os governos municipais comprometidos com a gestão democrática, uma

---

<sup>42</sup> Sabe-se que ainda nos dias de hoje persistem muitos desafios para a concretização da participação social tal qual preconizada pela Constituição Federal de 1988. Para uma reflexão a esse respeito, sugerimos a leitura do texto “*Poliarquias e Participação Social no Brasil: estudo de um Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente*”, de autoria de Lúbia Badaró Damasceno e João Bôsco Hora Góis, no qual os autores analisam os elementos que, ao longo da história, favorecem o bom desempenho das instâncias de controle social, bem como contribuem para o seu declínio. A referência completa deste texto encontra-se ao final desta dissertação.

vez que um dos princípios deste Sistema era a descentralização política, administrativa e assistencial na área da saúde, atribuindo ao município a responsabilidade para com a execução de tais ações.

Em uma minuciosa pesquisa sobre a construção da descentralização da assistência em saúde no município de Belo Horizonte, apontando os limites e os desafios postos pela operacionalização desse princípio, Veloso (1995, p. 162) indica também uma positividade, afirmando que a descentralização

permitiu uma aproximação entre as equipes de nível local e distritais e o território sob sua responsabilidade. Esta aproximação pass[ou] a dar um novo conteúdo às relações equipe/população usuária dos serviços na medida em que o local de moradia passa a ser vinculado às condições de vida, às formas de existência e passa a direcionar uma série de ações.

De fato, a organização de Belo Horizonte em nove Distritos Sanitários (VELOSO, 1995), marcou, em 1989, o início do processo de descentralização da política de saúde e contribuiu sobremaneira para o fortalecimento do SUS, uma vez que facilitou a identificação dos problemas de saúde específicos de cada localidade, bem como, a proposição de soluções.

A abertura do espaço para a participação popular, bem como a estruturação dos serviços e ações em saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada então postas para os municípios eram francamente defendidas pelo Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental. Isso porque os princípios da luta pela extinção do manicômio estavam absolutamente alinhados com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sobretudo com a ideia de descentralização da assistência em saúde mental que, à época, estava predominantemente centrada no hospital psiquiátrico. Nos depoimentos abaixo, podemos verificar esta posição a favor do SUS e seus princípios:

A gente tinha uma posição clara de defesa da saúde pública e de um sistema único de saúde. Em outros lugares, como em Santos teve o David Capistrano – que era um dos grandes sanitaristas da época. Então, essa ligação do Movimento Antimanicomial com a defesa do SUS, com a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, sempre foi muito visceral (E6).

Eu acho que a Reforma Psiquiátrica no Brasil só foi possível porque existiu o SUS. Eu não tenho nenhuma dúvida e falo isso publicamente! A Reforma só foi possível por meio da ideia da saúde pública, uma saúde de lógica territorial, universal (E5).

Nota-se, assim, que todas as mudanças políticas e sociais ocorridas no âmbito da saúde no Brasil, desde a década de 1970, atingiram, também, o campo da saúde mental. Como

vimos no capítulo 03 deste trabalho, desde o início da década de 1970, algumas iniciativas em saúde mental do governo federal propunham conter as internações psiquiátricas hospitalares por meio de uma ambulatorização da assistência. De todas essas iniciativas, a mais avançada foi a implantação – no âmbito da saúde geral – das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tal avanço pôde ser percebido em Minas Gerais, através da expressiva ampliação dos serviços ambulatoriais a partir de 1985 (GOULART, 1992). Apesar disso, como vimos também no tópico 4.1, mesmo que o Programa de Saúde Mental de Minas Gerais tenha derivado das AIS e implicado em importantes modificações na assistência à saúde mental no Estado, ele esbarrou, à época, em limites estruturais e políticos. Episódios dessa ordem, evidenciam, portanto, que nem todo o avanço na concepção de saúde e da maneira de gerir a sua administração e sua assistência trazidos pelo SUS conseguiu, de imediato, deslocar a posição central que o hospital psiquiátrico representava no atendimento à pessoa com transtorno mental.

Para Pereira, W. (2004), o governo do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB), que assumiu a prefeitura municipal de Belo Horizonte em 1989, demonstrou grande esforço para melhorar as condições de atendimento à pessoa com transtorno mental. A proposta do governo do município era de tentar contrapor os hospitais psiquiátricos a uma rede de serviços ambulatoriais espalhados pelos Distritos de Saúde recém-criados. A principal diferença entre esses ambulatorios e aqueles implantados por ocasião das AIS era que os últimos desenvolveram-se no bojo da implantação do SUS e da descentralização dos serviços de saúde. Essa diferença permitia às equipes trabalhar por áreas e, a partir de um diagnóstico situacional das condições da localidade, elaborar ações de saúde mais condizentes com a realidade e as necessidades locais. Apesar dessa vantagem, esses serviços não conseguiram superar o modelo tradicional de atendimento, mantendo a assistência à pessoa com transtorno mental centrada na lógica manicomial. Nos dizeres de Pereira, W. (2004, p. 291) “Essas propostas de saúde mental desenvolveram-se de maneira intensiva durante os três primeiros anos do governo municipal do PSDB, em Belo Horizonte. No último ano, em 1991, os resultados propostos pareceram bastante parciais”.

#### 4.4.2 Auditoria técnica nos hospitais psiquiátricos em Minas Gerais

No plano estadual, a administração de Hélio Garcia, iniciada em 1991 “devolveu um mínimo de liberdade de ação aos trabalhadores [de saúde mental]” (LOBOSQUE, 1997, p. 55). Naquela ocasião, o Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental já se

encontrava consolidado e, graças a suas atuações, o ideal antimanicomial havia se espalhado pelos mais diversos setores das Sociedades Civil e Política, ganhando tanto adeptos quanto adversários. Nestes termos, a Coordenação Estadual de Saúde Mental daquela época, comungando dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, teve a iniciativa de promover uma auditoria em todos os hospitais psiquiátricos existentes em Minas Gerais. Auditoria esta que objetivava mapear a real situação da rede hospitalar existente no Estado, conhecendo o número exato de internos e as condições de tratamento a que estavam submetidos. Foi a primeira vez que o governo de Minas Gerais promoveu uma devassa nos hospitais psiquiátricos, com a participação ativa dos trabalhadores da saúde mental. O depoimento abaixo descreve como se deu essa auditoria:

A auditoria foi uma iniciativa, a princípio, das pessoas que então estavam na Coordenação de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais que eram a Gisele Bahia e o Abílio. [...] E então qual era a proposta? Era que a gente passasse pelos trinta e seis hospitais existentes na época em todo Estado, totalizando 8.000 leitos. Estes hospitais estavam concentrados, sobretudo, em Belo Horizonte, Juiz de Fora e Barbacena, mas também havia alguns em outros municípios. Pretendia-se – e assim foi feito! – que a gente examinasse um por um dos 8 mil internos, utilizando questionários preparados previamente, para verificar diagnóstico, história, tempo de internação, necessidade ou não da internação, etc. Isso exigiu uma força de trabalho enorme. A gente fazia grandes caravanas, que viajavam em um ou dois ônibus, Minas afora. Éramos todos trabalhadores de saúde mental, porque, apesar de ter um objetivo político, eram avaliações segundo critérios técnicos. Então, a gente fazia uma caravana que ficava três dias em Juiz de Fora, até entrevistar todos os pacientes de lá. Na semana seguinte íamos ficávamos mais três dias em Barbacena, e assim em todos os municípios onde houvesse hospitais psiquiátricos. Isso tudo era pago, financiado pelo Estado: o transporte, a estadia... a própria autorização para entrar nos hospitais provinha do governo Estadual. Isso foi uma iniciativa totalmente inédita. Existiam supervisores, teoricamente responsáveis pelo único tipo de fiscalização que existia nos hospitais – mas este cargo era apenas formal, uma espécie de sinecura. Os supervisores não supervisionavam nada, não. Não apontavam problemas a serem denunciados e corrigidos. Então foi realmente uma iniciativa inédita porque nós, do Movimento dos trabalhadores de saúde mental nunca tínhamos podido entrar nestes hospitais. [...] Então, no final desse processo, que durou alguns meses, nós conseguimos examinar os oito mil pacientes dos trinta e seis hospitais então existentes em Minas. Foi realmente meio que um trabalho de Hércules mesmo. Nós trabalhadores tínhamos que estar muito disponíveis, porque foi um trabalho difícil. Era terrível. Você ia cedo e ficava até a noite naqueles hospitais imundos, fétidos, com os pacientes todos jogados. Você saía de lá completamente carregado daquele ambiente e, no dia seguinte, tinha mais, e no outro dia tinha mais. A gente voltava para Belo Horizonte e, na semana seguinte, já tinha outra viagem (E6).

Como já afirmamos, o Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental já se encontrava, a essa época, constituído como um movimento organizado e bastante combativo,

com capacidade de intervir nas políticas municipais e estaduais de saúde mental. (LOBOSQUE, 1997 e 1998). Assim sendo, essa auditoria se revelou como uma prova da capacidade de influência do Movimento Mineiro em colaborar com a condução da política de saúde mental. Isso porque, como vimos no depoimento acima, a dedicação dos trabalhadores de saúde mental – a maioria deles, senão todos, era de integrantes do Movimento – foi fundamental para exequibilidade das visitas. Além disso, um militante em particular – Cezar Rodrigues Campos –, um dos líderes do Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental, exerceu papel fundamental na aglutinação dos técnicos que participaram daquela ação. Assim, apesar de a auditoria ter sido uma iniciativa do Poder Público e organizada pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, ela

contou com a liderança fundamental, que foi o que deu a sua cara pra todo o processo, do próprio Cezar, que então trabalhava na FHEMIG. [...] Mais uma vez, quero frisar que, em termos político-administrativos, os agentes foram o Abílio e a Gisele que eram os coordenadores de saúde mental. Mas na verdade essa coisa só aconteceu porque o Cezar era uma pessoa muito querida, muito respeitada pelos trabalhadores. Para reunir esse monte de gente para trabalhar loucamente como a gente trabalhava, tinha de ser alguém em que a transferência, digamos assim, fosse muito forte. Então, ainda que informalmente, o líder desse projeto foi o Cezar Rodrigues Campos (E6).

Figura central em todo esse processo aqui referido, Cezar Rodrigues Campos foi um dos principais organizadores e articuladores do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em 1979. Foi coordenador de saúde mental da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Participou ativamente da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987). Foi militante do Movimento de Luta Antimanicomial, desde 1987. No período de 1993 a 1996 foi Secretário Municipal de Saúde na prefeitura de Belo Horizonte na gestão de Patrus Ananias de Souza. Logo, foi um dos nomes incontestes para que a saúde mental de Minas Gerais adquirisse a configuração que a marcaria nos anos seguintes.

A conotação política da auditoria e o receio quanto ao que ela poderia revelar causaram resistência de alguns segmentos da sociedade, sem, contudo, fazer com que a intervenção fosse interrompida, como verificamos no depoimento abaixo:

Aqui em Belo Horizonte, a gente começou a ter alguns problemas, porque a gente mal entrava nos hospitais, por exemplo, Pinel, Santa Maria, a gente mal começava o trabalho e os donos dos hospitais já pediam para gente sair, porque tinham feito uma denúncia no CRM dizendo que aquilo não podia. Então teve todo um embate com o CRM, no qual alegamos que o CRM não podia desautorizar uma auditoria determinada pelo Estado. Nós tivemos algumas situações desagradáveis nesse sentido, assim, quase que de bate-

boca. Mas foi muito engraçado, porque em todos esses hospitais que nós tivemos que sair, nós voltamos noutro dia com a devida autorização (E6).

O diagnóstico situacional resultante da conclusão da auditoria nos hospitais mineiros revelou uma situação calamitosa de maus tratos, péssimas condições estruturais das instituições e graves violações aos direitos humanos dos internos. Contudo, foi a constatação da existência de um enorme número de internações cuja manutenção não se justificava tecnicamente que revelou-se em um dado que fortaleceu politicamente ainda mais a luta antimanicomial, como podemos verificar no relato abaixo:

A constatação mais interessante, que eu acho que resume todas as outras, é que cerca de noventa por cento, eu não me lembro o número exato, daqueles pacientes não precisariam estar internados, apenas dez por cento ou menos estavam em crise. Então, essas pessoas estavam lá ou porque o médico não queria dar alta, ou porque não tinham família para receber. Mas, do ponto de vista clínico, não havia nenhuma indicação para a permanência delas dentro do hospital. E aquelas pessoas para as quais você poderia pensar numa indicação clínica, ou seja, as pessoas que estavam em crise, elas poderiam ser atendidas em outros espaços, se nós tivéssemos o que nós temos hoje: os CAPS, etc, etc. Então, o que nós descobrimos foi um contingente muito expressivo relativo à não necessidade dessas internações. E isso além de outros dados sobre a precariedade das condições dos hospitais que os relatórios mencionavam também. Eu acho que isso foi um passo fundamental não só para provar que a grande maioria das internações era desnecessária, mas também para sustentar essa concepção de que os hospitais tem que ser auditados, fiscalizados, etc. Então, por exemplo, programas como o PNASH [...] vieram muito depois disso, mas esse episódio da auditoria foi, digamos assim, um dos precursores de programas como o PNASH. Evidentemente, a gente não tinha nenhuma autonomia para fechar hospitais, ou para aplicar qualquer tipo de sanção, mas, politicamente, foi muito útil para a militância antimanicomial a gente dispor desses dados. Repetindo: a grande maioria absoluta dessas pessoas não precisaria estar ali internada, e quem precisava estava ali porque não tinha outra opção de tratamento. [...] Então essa auditoria foi realmente um marco na história de Minas. [...] (E6).

Como se nota, os dados revelados por essa auditoria trouxeram à luz aspectos dos hospitais psiquiátricos que já vinham sendo denunciados desde o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979. Nestes termos, constatar, em 1991, que os hospitais mineiros continuavam cumprindo o seu papel higienista de abrigar pessoas abandonadas por suas famílias e excluídas pela/da sociedade, garantindo lucros aos seus proprietários com a manutenção de internações desnecessárias, aumentou a convicção do Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental em se posicionar frontalmente contra a existência dessas instituições.

Foi nesse contexto que se impôs um dilema para a política de saúde mental em Minas Gerais. Isso porque estava mais que evidente a falência do modelo hospitalar enquanto proposta terapêutica, mas, ao mesmo tempo, a proposta de atendimento ambulatorial não tinha demonstrado a eficácia esperada. Assim, o dilema mineiro se instaurou na medida em que o próprio poder público e o Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, apesar de se darem “conta dos limites do ambulatório como alternativa, desconhecia[m] na prática outras experiências, como os núcleos de atenção psicossocial (Naps), os centros de convivência, as pensões protegidas” (LOBOSQUE, 1997, p. 55).

#### 4.4.3 O contato com a experiência antimanicomial de Santos

O dilema a que nos referimos há pouco terminou por motivar “a Coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, em 1991, a conhecer o projeto de saúde mental [...] da cidade de Santos (SP), governada pelo Partido dos Trabalhadores” (PEREIRA, W., 2004, p. 290). A visita a Santos foi apoiada e patrocinada pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Até aquele ano de 1989, a única experiência exitosa de fechamento de uma unidade hospitalar e sua consequente substituição por uma rede de serviços de saúde mental diversificada – que ia muito além de meros ambulatórios – era a da cidade do interior de São Paulo. O contato com a experiência de Santos é assim relatada por uma depoente:

[...] A ida a Santos foi extremamente marcante para cada um de nós [...] Já tinha passado o período de fechamento do Anchieta e os pacientes já estavam todos nos NAPS, mas vamos chamar de CAPS que é o nome oficial. CAPS territorializados e abertos. A gente ainda não tinha clara essa noção de território. Você abre o serviço ali onde a comunidade mora, ali onde é mais próximo para as pessoas, ali onde você tem redes sociais, onde você pode inserir as pessoas. Santos é muito inspirado em Trieste, inclusive do ponto de vista teórico. Então, para a gente, foi realmente uma descoberta, uma revelação surpreendente. Principalmente por ver que aqueles CAPS abrigavam pacientes muito graves, para os quais, pra nossa cabeça daquela época, a gente pensaria numa internação a curto prazo. Mas eles eram mantidos ali em serviços abertos, cuidados em liberdade! [...] Nós visitamos todos os CAPS, visitamos os Centros de Convivência. [...]. Foi muito interessante a gente cruzar, nos CAPS, com aqueles mesmos tipos de paciente que aqui em Belo Horizonte estavam internados. Foi interessante participar de assembleias com eles, quer dizer, ver uma relação muito mais democrática, ver o jeito com que a equipe lidava com o paciente, com uma proximidade tanto física quanto afetiva que não existe no hospital psiquiátrico por ‘melhor’ que ele seja. [...]. Então, essa visita a Santos nos deu, não só essa certeza de que a gente podia dispensar o recurso hospital psiquiátrico [...], como também nos mostrou concretamente como isso era feito e que isso já era feito. Quer dizer, não era uma ideia que jamais foi

posta em prática. Era uma ideia que já estava sendo concretamente executada lá no município de Santos. [...] (E6).

Pelo que se percebe neste trecho, a oportunidade de conhecer a chamada *Experiência de Santos* representou um marco para as pessoas envolvidas com a causa da saúde mental em Minas Gerais, apresentando-lhes a possibilidade de superar o dilema da saúde mental. Ou seja, “nem ambulatórios, nem hospitais, porém serviços territorializados, capacitados para o acolhimento de paciente em crise” (LOBOSQUE, 1997, p. 56). Assim, para os trabalhadores de saúde mental, foi possível conhecer outras práticas, baseadas em uma lógica de atendimento bastante diferente daquela que eles estavam acostumados, servindo-lhes como um treinamento para posterior aplicação em Minas Gerais. Para os gestores, ficou provado ser possível aplicar aquela política também nos municípios de Minas Gerais. Já para o Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental, o contato com Santos revelou-se

um marco decisivo na constituição do Movimento mineiro, seja dos trabalhadores, seja do próprio Fórum. Então foi isso: Santos teve para nós muita importância. A gente ouvia falar, imaginava que era bacana, mas a gente não tinha dimensão da exequibilidade da proposta. Quando a gente foi e viu, nós voltamos completamente decididos: é isso que nós queremos e é isso que nós vamos fazer! (E6).

#### 4.4.4 A Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais

Conforme se viu acima, do mesmo modo que influenciou vários pontos do Brasil, Santos também passou a ser uma referência de assistência para Belo Horizonte. Como vimos no tópico 3.2, no campo jurídico, em nível nacional, o Projeto de Lei n.º 3657/89, embora ainda estivesse em tramitação no Congresso Nacional sob acirrada disputas políticas, havia desencadeado, em Minas Gerais, debates e discussões sobre a necessidade de reorientação da assistência em saúde mental. Somando-se a isso, o ano de 1992 foi um ano em que todo o país estava se preparando para a IX Conferência Nacional de Saúde e a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Além disso, foi também em 1992 que ocorreram as disputas eleitorais municipais que se desenvolveram sob a efervescência política causada pelos debates em torno do processo de *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo.

Sob essa conjuntura sociopolítica, o Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental, cada vez mais amadurecido e combativo em função dos últimos acontecimentos e experiências vivenciados, buscou traçar uma agenda política para fortalecer sua luta. Nestes termos, o Movimento Mineiro resolveu elaborar um projeto de Lei Antimanicomial para

Minas Gerais, usufruindo de alianças feitas com outros segmentos da sociedade e iniciando um diálogo com deputados estaduais petistas com o objetivo de operacionalizar a elaboração do Projeto de Lei. Assim sendo, o conteúdo do Projeto ficou a cargo exclusivo do Movimento, cabendo aos parlamentares oferecerem suporte técnico e jurídico. Nos dizeres de um dos depoentes:

Uma agenda política fundamental elaborada foi a lei da reforma psiquiátrica, que a gente chamava na época de Lei Carlão<sup>43</sup>. [...] A gente pegou como modelo um projeto de lei de São Paulo, que ainda nem tinha sido aprovado, e fizemos as adaptações que nós achamos importante. O gabinete do Carlão foi muito bacana, porque eles não entravam no mérito da lei. Eles deixaram inteira liberdade para que a gente fizesse o projeto da lei, nos davam uma acessoria jurídica e técnica de como é que se escreve essas coisas. Eles nunca interferiram no conteúdo. Então eu acho que se pode dizer tranquilamente que essa lei foi uma lei elaborada e redigida pelo Movimento Social, com todo apoio logístico, técnico, jurídico do gabinete do Carlão. (E6).

Para efeitos de Assembleia, a autoria do Projeto de Lei ficou atribuída ao deputado petista Antônio Carlos Pereira. Sob o número 1066/92, o Projeto deu entrada na casa legislativa estadual, onde tramitou durante três anos. Durante essa tramitação, foram realizadas inúmeras reuniões para ouvir os segmentos interessados (ALVIM, 1996, p. 58).

Na opinião de uma das entrevistadas, o Projeto de Lei 1066/92 da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais foi um dos mais completos do país:

Eu não tenho dúvidas, o mais avançado projeto de lei de saúde mental é o de Minas Gerais. Nós conseguimos aprová-lo praticamente na íntegra (E5).

De fato, apesar de ter sido submetido a inúmeras reuniões públicas para a discussão acerca do seu conteúdo, bem como enfrentar diversos questionamentos sobre sua proposta por alguns segmentos sociais e ter passado por várias Comissões e pelo Plenário da Assembleia, o Projeto de Lei 1066/92 recebeu a totalidade dos votos a seu favor, sendo aprovado sem modificações substanciais no seu texto. Nestes termos, o Projeto se transformou na “Lei nº 11.802, de 1995, a Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas, aprovada por unanimidade de votos pela Assembleia Legislativa, sancionada pelo governador e assinada também pelo secretário da saúde” (BARRETO, 1996, p. 60).

Tal situação é assim explicada por uma depoente:

---

<sup>43</sup> A Lei 11.802/95 que dispõe sobre a promoção da saúde e a reintegração social da pessoa com sofrimento mental ficou popularmente conhecida como *Lei Carlão*, em função do nome do Deputado Estadual petista – Antônio Carlos Pereira – ter sido o autor do seu projeto originário.

Foi uma coisa muito engraçada, porque quando o CRM ouviu falar disso [do Projeto de Lei], quando a associação dos donos de hospitais soube, eles começaram a fazer debates contrários, às vezes até nos chamavam e nos ‘detonavam’. Mas de certa forma, foi muito engraçado, porque a Assembleia Legislativa como um todo não atentou para essa questão. Essas entidades mais à direita não conseguiram se articular com segmentos importantes, com deputados importantes da Assembleia e a lei Carlão passou. É claro que teve muita discussão, muito debate, tinha um ou outro deputado que se opunha, teve muita audiência pública e isso tudo nos deu muito trabalho. [...] Mas a lei Carlão passou do mesmo jeito que nós escrevemos. Eu sei que a minha memória pode me trair, mas nesta etapa, eu não me lembro de nenhuma audiência pública que fosse aquela coisa assim de embate extremo. No entanto, a lei passou como eu te disse, do jeito que ela foi escrita (E6).

Como vimos, as resistências apresentadas ao Projeto 1066/92, durante seus três anos de tramitação, não foram suficientes para que sua ideia original fosse alterada. Contudo, o debate legislativo para a regulação da Lei 11802/95 – Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais – enfrentou fortes pressões de alguns grupos contrários à proposta. Tais grupos se articularam e se fizeram representar na Assembleia Legislativa para a defesa de seus interesses. Nestes termos, durante o lapso de tempo que a Lei 11802/95 aguardava para ser regulamentada, foi dada a entrada, na Assembleia de Minas, de um Projeto de Lei nº 576/95, de autoria do deputado estadual Hely Tarquínio, o qual propunha redefinições em aspectos na Lei da Reforma Psiquiátrica Mineira (ALVIM, 1996).

Os embates que se seguiram foram intensos, pois os opositores da Lei 11802/95 reivindicavam importantes alterações no texto e, desta vez, estavam mais bem organizados e representados na Assembleia. O conteúdo de alguns artigos de opinião publicados na *Revista do Legislativo* mineiro, acerca de posicionamentos a favor e contra a alteração da lei, nos dá uma noção sobre quem eram os interessados na mudança e quais seus argumentos. Nestes termos, transcrevemos e parafraseamos abaixo os principais argumentos dos dois artigos, sendo um a favor e outro contra.

Posicionando-se a favor da Lei da Reforma Psiquiátrica Mineira, Barreto (1996) compara, no texto em questão, a assistência hospitalar psiquiátrica de Minas Gerais na década de 1990 com a situação de um hospital psiquiátrico europeu descrito por Esquirol há 200 anos. Informa que a abolição do manicômio era tendência universal, reconhecendo que a mesma poderia gerar problemas, sem, no entanto, serem tais problemas razão para não se seguir essa tendência. Nestes termos, afirma, de forma metafórica, que “os problemas advindos com a democracia não justificam o retrocesso para a ditadura”. Destaca, ainda, a importância da rede de serviços substitutivos para atender com qualidade e dignidade a pessoa

com transtorno mental, argumentando que a Lei da Reforma Psiquiátrica mineira traria benefícios de ordem econômica, ao por fim na instituição que alimenta a indústria da loucura. Reconhece, ainda, que a lei traria também benefícios de ordem social, ao devolver o direito de circulação do louco pela cidade, o que possibilitaria à sociedade aprender, através do convívio com a diferença. O mesmo autor identifica como segmentos opositores à Lei: os proprietários de manicômios, seus lobistas e porta-vozes; os psiquiatras que têm interesses profissionais com essas instituições; e os familiares de pacientes perpetuamente internados (BARRETO, 1996, p. 60-61).

Já o argumento que é contra a Lei da Reforma Psiquiátrica, e por isso defende sua alteração, é desenvolvido por Daker (1996). Este autor inicia o seu texto argumentando que a “Lei nº 11.802 falha ao negar a gravidade da doença mental” e ao “tolher a função do psiquiatra”. Argumenta que a cronificação do paciente psiquiátrico não era exclusividade do ambiente hospitalar. Diz que a economia prometida com o tratamento na comunidade era falaciosa, já que as experiências mostravam que havia um grande aumento de casos demandando por atendimento e que não era “função nem obrigação do Estado tratar toda sorte de neuróticos e desviantes”. Cita o fracasso da experiência americana na qual “um a dois terços da população sem teto dos Estados Unidos é de esquizofrênicos, em consequência, especialmente da redução exagerada dos leitos psiquiátricos”. Argumenta que “é improcedente e maniqueísta considerar a Lei nº 11.802/95 boa e o projeto substitutivo ruim e retrógrado”, considerando-a “idealista, bonita e simpática aos olhos leigos, mas dificilmente exequível e excessivamente arriscada, consistindo numa experiência com a vida de muitos concidadãos”. Como parte de sua alegação, o deputado adverte que, “salvo se parte dela ‘não pegar’, o que não é desejável que aconteça com qualquer outra lei, deixarão seus efeitos de trazer os transtornos previsíveis”. Defende o substitutivo da Lei da Reforma Psiquiátrica mineira alegando que neste “o trabalho do profissional médico-psiquiatra, peça fundamental da equipe multidisciplinar no sistema da saúde mental, não é drasticamente tolhido como na Lei nº 11.802”. Considera não ser desejável a substituição do leito hospitalar psiquiátrico pelo leito hospitalar geral em função da persistência do preconceito. Finalmente, afirma que não está defendendo os hospitais psiquiátricos particulares, pois “ninguém é favorável a ganhos espúrios com a saúde do cidadão”. Porém, continua o autor, “devemos reconhecer que o empresário sério que consegue oferecer um atendimento hospitalar digno, muitas vezes com custos significativamente inferiores aos dos hospitais públicos, desempenha um importante papel social” (DAKER, 1996, p. 62-63).

Como ocorre em qualquer sociedade democrática, o processo que se formou em torno dos embates dos grupos favoráveis e dos adversários à Lei da Reforma Psiquiátrica Mineira foi delimitado pelo jogo de forças sociais presentes em cada lado. Assim, com o ideal antimanicomial bastante disseminado na sociedade mineira, com o Movimento Antimanicomial consolidado e combativo e com o favorável contexto político da época dado pela gestão democrática, a Lei 11.802/92 “sofreu algumas emendas em 1997, que não interferiram, contudo, na essência do seu texto” (MINAS GERAIS, 2007, p. 32). Em síntese, o lado favorável à luta antimanicomial saiu em vantagem no embate. A esse respeito, importante constatação é feita por uma entrevistada, quando ela avalia os desdobramentos da Lei da Reforma Psiquiátrica mineira para além de sua função de instrumento legal:

Mas, de toda forma, veja bem, essas leis estaduais não são aplicadas ao pé da letra. Nem a lei nacional é. Mas essas leis fazem um marco jurídico que abre um precedente político e simbólico enorme. Então, quando a gente conseguiu aprovar a lei Carlão, a gente ganhou um terreno enorme no debate aqui em Minas. A gente ficou muito *empoderado*, vamos dizer assim (E6).

#### 4.4.5 Os usuários e os familiares no Movimento Antimanicomial Mineiro

Como vimos no tópico 3.2, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) foi realizada em 1992, antecedida por um amplo processo de mobilização social que contou em expressiva participação de usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares. A própria coordenação do evento tinha, entre seus integrantes, grupos organizados de usuários e familiares.

Como já sabido, o Movimento Mineiro de Trabalhadores em Saúde Mental se fez presente na II CNSM e isso possibilitou o contato entre os militantes mineiros com outros grupos antimanicomiais organizados. Nesse contato, chamou a atenção de alguns militantes de Minas Gerais a diversidade de composição dos outros grupos, isto é, a não exclusividade de trabalhadores. Sobre isso, assim relata uma entrevistada:

Nós fomos à Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, e foi nessa Conferência que nós vimos que o Rio Grande do Sul já estava muito mais avançado. Eles já tinham uma Lei aprovada<sup>44</sup> e eles já estavam junto com os usuários (E4).

<sup>44</sup> A Lei estadual gaúcha nº 9.716 foi aprovada em sete de agosto de 1992. Esta lei “Regulamenta a reforma psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um instrumento legal que define a reestruturação da atenção psiquiátrica, consistindo basicamente na substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. [...] A lei gaúcha se estrutura considerando cinco pontos principais: municipalização [...], participação social [...], preservação dos direitos de cidadania [...],

É interessante observarmos que o adjetivo ‘avançado’, atribuído ao grupo do Rio Grande do Sul, pauta-se não só na referência à lei antimanicomial que aquele Estado já tinha aprovada, mas também, pelo fato de o Movimento Gaúcho já contar com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental. Cabe lembrar, apenas, que a lei antimanicomial mineira – naquele dezembro de 1992 – já se encontrava em tramitação na Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Os militantes usuários, porém, ainda teriam que aguardar para fazer parte da realidade do movimento de Minas.

Já citamos Vasconcelos (2006, p 26) quando este autor registra que “a II Conferência Nacional de Saúde Mental foi um marco na história da psiquiatria brasileira e abr[ui] um novo caminho para a consolidação da Reforma Psiquiátrica do país”. De fato, o legado deixado pela II CNSM foi muito valioso, como já detalhado no tópico 3.2. Para Minas Gerais, além de todo o direcionamento para uma política de saúde mental radicalmente antimanicomial apontado pela II CNSM, a participação ativa, na qualidade de militantes políticos, dos usuários dos serviços de saúde mental também foi um aprendizado, como se nota neste depoimento:

Depois que nós fomos na II Conferência de Saúde Mental e vimos que tinha usuários nos grupos, voltamos para cá e começamos a discutir isso com os pacientes do hospital Raul Soares, porque era lá que tinha pacientes no hospital-dia (E4).

Outra entrevistada afirma que o Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental sempre desenvolveu ações de defesa dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, sempre que necessário, o Movimento tomava posição quando, por exemplo, havia alguma violação de direitos humanos dos usuários. Na medida em que a luta antimanicomial foi exigindo do Movimento uma militância mais constante e mais organizada para fazer grandes enfrentamentos como, por exemplo, no processo de defesa da Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas, iniciava-se também uma maior preocupação com a participação dos usuários e dos familiares. A mesma depoente destaca também que a ampliação da participação dos usuários se deu, ao longo do tempo, tanto de forma quantitativa, quanto qualitativa.

[...] no próprio movimento nacional sempre teve um usuário ou outro. Mas eram usuários que tinham uma formação, às vezes universitária e que

ficavam muito no registro da testemunha, do depoimento. Depois, o número foi aumentado e a qualidade da participação também (E6).

Com o tempo, destaca a entrevistada, a participação dos usuários e dos familiares foi se tornando mais politizada e mais atuante. Neste contexto, o ano de 1993, ou seja, alguns meses depois da II CNSM, ficou marcado com a efetiva participação e o engajamento dos usuários e de familiares no Movimento Antimanicomial de Minas Gerais. Assim, a delegação antimanicomial mineira que foi para o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador/BA, contou com a representação tanto dos usuários quanto de seus familiares, conforme destaca o depoimento abaixo:

Uma coisa de que eu me lembro bem, no sentido dessa organização é que quando nós fomos para Salvador no Primeiro Encontro do Movimento Antimanicomial em [19]93, a delegação que foi era a metade de usuários e metade de trabalhadores. [...] A gente foi chamando [os usuários]. Alguns que já tinham começado a participar das reuniões com a gente. Outros foram os usuários do Raul Soares que inclusive tinham ficado internados por muito tempo e que tinham se aproximado da gente quando a gente chamava para participar da reunião. E quando a gente falou em viagem, o povo entusiasmou. Esse encontro foi o momento mais significativo em que eles [usuários] agiram como atores políticos de fato, participando dos grupos de discussão (E6).

#### 4.4.6 A influência do Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental na conformação da política de saúde mental de Belo Horizonte na gestão pública de 1993 a 1996

Como vimos no final do tópico 4.3 deste capítulo, a coligação partidária denominada *Frente BH Popular* elegeu, em 1992, o candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), Patrus Ananias de Souza, para prefeito de Belo Horizonte. “A população participou ativamente e de forma nunca vista em prol do candidato majoritário e dos vereadores de esquerda pretendentes à Câmara Municipal” (PEREIRA, W., 2004, p. 319). Por isso, a expectativa nos projetos e propostas desse governo, no que se referia às políticas sociais, era muito grande.

Bittar (1992, p. 16), fazendo uma análise das administrações municipais do PT no início da década de 1990, aponta alguns desafios enfrentados pelos chefes dos executivos municipais ao assumirem o poder. Dentre os desafios relata: 1) grande expectativa da Sociedade Civil em dar soluções imediatas aos problemas apresentados; 2) inexperiência dos administradores municipais em lidar com o recém-proposto modelo de descentralização político/administrativo em andamento no Brasil; 3) pressão do poder político e econômico local na defesa dos seus interesses próprios; 4) intransigência e corporativismo do funcionalismo público; 5) baixos salários e qualificação precária dos servidores municipais.

Como se nota, os desafios apontados pelo autor estão calcados em características sociais, econômicas, políticas e culturais que se sedimentaram no país como um todo ao longo de nossa história, tal qual destacado no segundo capítulo desta dissertação. Desta forma, seria inevitável que o governo de Patrus também enfrentasse desafios, senão os mesmos, outros bastante semelhantes.

Dentre as estratégias utilizadas para o enfrentamento dos obstáculos impostos à administração pública municipal, Bittar (1992) argumenta que o PT possuía – pelo menos à época – um ‘modo petista de governar’ que orientava o governo municipal numa perspectiva democrática e popular. Desse modo, a participação popular na elaboração e na execução das políticas sociais ganhava centralidade. Nos dizeres do próprio Patrus, ao analisar a gestão daquele seu governo em Belo Horizonte:

A participação popular organizada fortalece o Poder Legislativo e permite uma visão do conjunto das demandas prioritárias. Também permite ao Executivo um planejamento mais realista e harmonioso. [...] Mais do que um compromisso programático da atual administração, a participação popular é um princípio jurídico, consagrado na Constituição e em níveis mais minuciosamente traduzidos, na Lei Orgânica de Belo Horizonte. [...] É preciso que essa participação se amplie também na fiscalização da execução do que for proposto. Isso é necessário, não somente em função da eficácia, mas também da construção da democracia (SOUZA, 1996, p. 51).

Sem objetivar enaltecer as práticas e intenções administrativas de um partido político, chamamos a atenção para o fato de que as condições para a participação popular no controle social – ao menos nos discursos e no texto legal – estavam dadas no Brasil em função de uma conjuntura sociopolítica e cultural forjada ao longo de muito embate entre o Estado e a Sociedade Civil, como apresentamos no capítulo 02 deste trabalho. No caso de Belo Horizonte, e especificamente no campo da saúde mental, de fato a relação entre Poder Público e Sociedade Civil se configurou de forma democrática no governo de Patrus Ananias. Nestes termos, aberto ao diálogo com diversos movimentos sociais progressistas – entre eles o Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental – o governo municipal acolheu a proposta de política de saúde mental elaborada pelo Movimento. A esse respeito, Pereira, W. (2004, p. 319), considera que “tal coletivo teve uma influência decisiva no programa de saúde mental da prefeitura petista, entre os períodos de 1993 e 1996, em Belo Horizonte.” O autor ainda acrescenta que a política de saúde mental implantada por aquela gestão pautou-se por “diretrizes que foram inspiradas a partir dos ideários do Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental” (PEREIRA, W., 2004, p. 319).

Assim, o projeto de saúde mental então proposto estava completamente alinhado com os preceitos do Sistema Único de Saúde e com as recomendações advindas da IX Conferência Nacional de Saúde e da II Conferência Nacional de Saúde Mental. De todas as diretrizes, orientações e princípios desses grandes documentos, talvez o mais enfatizado pelo projeto de saúde mental tenha sido a municipalização e a descentralização da assistência em saúde. Nestes termos, Lobosque (1997, p. 56) informa que

na capital, a vitória da Frente BH Popular, ao final de 92, encontra um projeto bem preparado para a saúde mental, defendendo a criação dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) – Naps à moda mineira; a reorganização do atendimento ambulatorial sob novas premissas, no contexto dos distritos sanitários [...].

Usufruindo da abertura ao diálogo expresso pela gestão do PT com os mais variados segmentos sociais, os trabalhadores – não apenas aqueles ligados ao movimento social – realizaram assembleias para eleger nomes a serem sugeridos à administração, visando o preenchimento de cargos de gestão em setores específicos. No caso da saúde, tanto o nome indicado pelo funcionalismo para ocupar os importantes cargos de chefia na secretaria de saúde, quanto na coordenação de saúde mental, foram acatados pelo governo municipal.

Assim, Cezar Rodrigues Campos foi nomeado Secretário Municipal de Saúde, e Miriam Nadin Abou-yd, nomeada Coordenadora Municipal de Saúde Mental, sendo que ambos eram pessoas engajadas há muito tempo no movimento pela luta antimanicomial em Minas Gerais. Destaca-se que essa situação se repetiu em outros municípios administrados pelo PT, como foi o caso de Betim, importante cidade da região metropolitana de Belo Horizonte.

#### 4.4.7 A constituição jurídica do Fórum Mineiro de Saúde Mental

Como já apresentado no tópico 3.2 dessa dissertação, desde o Congresso de Bauru, em 1987, diversos grupos antimanicomiais se formaram pelo país. Entretanto, era característico desses núcleos não terem uma organicidade, uma formalização e organização interna.

No caso do núcleo antimanicomial mineiro, não foi diferente. Foram cerca de cinco anos de caminhada para que o núcleo mineiro se constituísse como um Movimento Antimanicomial combativo, cujas principais características eram: ter uma agenda política própria; possuir experiência e acúmulo de ações antimanicomiais bem sucedidas no plano jurídico, na dimensão da assistência e na defesa dos direitos humanos das pessoas com

transtorno mental; ter clareza do seu papel no controle social das ações do Estado no tocante à política de saúde mental, no que dizia respeito à sua elaboração, execução e avaliação; possuir uma organização consolidada e independente de entidades de classes ou de categorias profissionais; ter real capacidade de influenciar a política pública de saúde mental. Entretanto, apesar de todas essas características, o Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, embora já tivesse descoberto a importância de se contar com a participação dos usuários e familiares e já soubesse da necessidade de dialogar com outros núcleos antimanicomial,

não contava, por um lado, com uma participação efetiva dos usuários; por outro lado, mantinha-se isolado nas fronteiras de Minas desconectado das articulações nacionais. Em 1993, um único passo permitiu transpor esta dupla barreira: o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (LOBOSQUE, 1997, p. 56).

De fato, o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial foi planejado para propiciar um espaço em que todos os núcleos antimanicomial do país pudessem se reunir, trocando experiências e vivências de suas práticas de luta. Assim, ao participar desse evento, foi possível ao Movimento Mineiro tanto conhecer e aprender com outros grupos, como ocorreu na II Conferência Nacional de Saúde Mental, como também socializar sua história e suas próprias experiências, servindo de referência para outros núcleos. Além disso, o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial marcou o abandono completo do tecnicismo e se abriu à participação efetiva dos usuários e familiares. Esse último aspecto aumentou a convicção do Movimento mineiro em ampliar a possibilidade de participação dos usuários, bem como colaborar com a organização destes.

Como apresentamos no final do tópico 3.2 desta pesquisa, no modelo de organização do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial estabelecido no I Encontro em Salvador, definiu-se que a coordenação nacional seria liderada por uma Secretaria Executiva Nacional do Movimento. Na plenária final do Encontro, a delegação de Minas Gerais foi eleita pela assembleia presente para tal função. Essa responsabilidade de secretariar nacionalmente o Movimento Antimanicomial

foi então partilhada com os usuários, que passam a assumir, também eles, uma função de liderança. Assim, um movimento que sofreu por várias vezes as tentações do tecnicismo e dos riscos do isolamento, vem consolidar sua verdadeira vocação de um movimento social (LOBOSQUE, 1997, p. 56).

A conquista dessa posição de liderança da Secretaria Executiva do Movimento Nacional passou a exigir do Movimento mineiro – ator político, solidamente organizado e com alguns anos de caminhada na luta antimanicomial – uma constituição jurídica e formal. A partir de então, no início do ano de 1994, o nome oficial do movimento antimanicomial de Minas Gerais, neste trabalho enfocado, passou a ser conhecido como Fórum Mineiro de Saúde Mental, um coletivo constituído predominantemente por familiares e usuários dos serviços de saúde mental, bem como por trabalhadores desses serviços. Desde então, esse coletivo “organiza-se como um movimento social, sendo ainda um laboratório no qual se criam projetos, ações, estratégias e intervenções que dão corpo à utopia antimanicomial” (CASTRO, 2008, p. 222), estando há vinte anos nesse empreendimento.

#### **4.5 Antagonistas do Movimento Antimanicomial em Minas Gerais**

Como já destacado em alguns momentos deste texto, desde as primeiras demonstrações públicas dos preceitos antimanicomiais, as ações dos grupos defensores de tal perspectiva renderam ao Movimento alguns antagonistas, oriundos de diversas forças sociais da sociedade mineira. A esse respeito, uma consultora da Assembleia Legislativa para assuntos de saúde e previdência social, fazendo, em meados dos anos 1990, uma análise da recepção das ideias antimanicomiais nos primeiros anos da década em Minas Gerais, afirmava que as frentes de oposição do projeto reformista do Movimento Antimanicomial já eram previstas, pois

um movimento que, além de introduzir uma nova visão da doença mental - tema por si complexo e controverso -, busca reverter práticas assistenciais tradicionalmente aceitas e se contrapõe a interesses solidamente constituídos, não poderia, evidentemente, deixar de sofrer forte reação (ALVIM, 1996, p. 58).

Dentre os grupos sociais que reagiram às ideias antimanicomiais, podemos mencionar: parte da própria sociedade mineira, os proprietários de hospitais psiquiátricos particulares, as famílias, a psiquiatria tradicional e até mesmo alguns trabalhadores da saúde mental.

Em relação à resistência advinda de uma parcela da sociedade, talvez possamos compreendê-la no contexto do argumento posto no início do tópico 3.1 o qual afirma que, desde o século XIX, no Brasil, a única possibilidade de assistência psiquiátrica à pessoa com transtorno mental era o hospício e assim se manteve até a década de 1980.

Sabe-se que a internação psiquiátrica praticada no Brasil por quase um século e meio, na maioria das vezes, teve o papel social de higienizar as ruas das cidades, retirando delas o sujeito louco que, por vezes, perturbava-lhes a ordem social. Logo, um discurso que propunha eliminar uma instituição controladora e higienista como o hospital psiquiátrico não poderia ter sido bem acolhido pela totalidade da sociedade mineira. Nos dizeres da depoente abaixo:

A resistência veio, primeiro da sociedade como um todo. Porque se a gente tem clareza do que Foucault nos fala: que a construção do hospital psiquiátrico é uma construção da sociedade. É uma construção de diversos discursos de uma determinada época, que não é só um discurso da psiquiatria, é um discurso médico, é um discurso filosófico, religioso, familiar [...] São vários discursos que se juntam num determinado momento histórico, para construir esse lugar para o louco. Então, se esse hospital existe, esse local dito de tratamento [...], mas que é um lugar de segregação social e que continuou até as décadas de 80/90, é porque a sociedade como um todo, sustentava e acreditava nisso. Até que veio o discurso antimanicomial e propõe quebrar isso, quebrar essa lógica (E5).

Os próprios trabalhadores do campo da saúde mental, tanto médicos, quanto não-médicos – pelo menos parte deles –, também se configuraram em um núcleo de resistência. Em relação aos primeiros, a resistência parecia estar ligada não só ao profissional em si, como também às corporações que defendiam os específicos interesses dessa categoria. Assim, alguns grupos de psiquiatras mais conservadores se posicionavam de forma pouco receptiva às novas ideias postas. Como se percebe nos depoimentos abaixo:

Nós fomos hostilizados pelo *establishment* psiquiátrico mineiro, inclusive pelo polo progressista, ou supostamente progressista, que é o polo Lacaniano que dizia: isso é uma coisa ultrapassada. Nós tivemos também uma resistência por parte do Raul Soares, que era um lugar importante para a comunidade psiquiátrica mineira. [...] As pessoas diziam: isso é antipsiquiatria, isso está ultrapassado, isso é muito irresponsável. [...] As pessoas resistiam muito, inclusive por que o nosso diálogo principal tinha de ser com os que estavam dentro dos hospícios. E os que estavam dentro dos hospícios foram os que pior reagiram. Então, nós éramos muito rede ‘basista’, os que estavam na rede básica até que tiveram uma adesão mais fácil. Mas os polos dos psiquiatras – que a gente chamava de ‘reformadores de hospício’ - eles tiveram uma certa resistência neste momento (E1).

O próprio CRM sempre foi muito retrógrado, apesar de não ter sido o nosso maior e mais poderoso adversário (E6).

[...] Todo esse Movimento se baseia numa concepção bem mais desmedicalizada da loucura. E isso, para muitos psiquiatras, até hoje... até para bons psiquiatras, é difícil de entender (E6).

Esta última depoente afirma ainda que ao final dos anos 1980, o Movimento Antimanicomial mineiro contou com o apoio da militância da Associação Mineira de Psiquiatria (AMP). Entretanto, isso só ocorrera graças a uma determinada circunstância política favorável vivenciada por aquela corporação, quando

psiquiatras ligados ao Movimento Antimanicomial conseguiram ganhar as eleições da Associação [Mineira de Psiquiatria]. E foi a Associação que promoveu congressos bacanas, se posicionou favoravelmente às leis [...] (E6).

E acrescenta que o apoio ao Movimento não era uma unanimidade na AMP, pois,

[...] esse grupo, apesar de ter ganhado as eleições, não era representativo da maioria dos psiquiatras. Então surgiram associações dissidentes, eu me lembro que surgiu uma tal de SPEMGE [...] Ela publicava um jornalzinho [...] que se referia às pessoas pelo nome de forma grosseira, pessoal (E6).

No que diz respeito aos profissionais de um modo geral, sobretudo, os não-médicos, uma entrevistada aponta como indícios de resistência componentes de caráter teórico-ideológico no qual o ‘saber *psi*’ trazido pelos profissionais em suas formações originais se mostra inflexível. Tal caráter faz com que “os profissionais de saúde mental recolham-se às fronteiras de suas experiências pregressas, seus discursos e suas práticas” (GOULART, 1992, p. 163). Outro componente sugerido na entrevista aponta para uma questão de Recursos Humanos, no qual as novas propostas de trabalho em saúde mental pautadas pela lógica antimanicomial “encontrou oposição por parte de alguns profissionais de saúde mental [...] a assumir as novas diretrizes de trabalho” (LOBOSQUE, ABOU-YD, 1998, p. 253). Nos termos da nossa entrevistada:

Se você não se propõe a penetrar o discurso *psi*, ele é impenetrável. Se você, individualmente, não se propõe a questionar isso que você se formou, ele é impenetrável, praticamente impenetrável. Então, assim, houve também uma grande resistência dos trabalhadores da saúde mental. Num primeiro momento foi assim... foi lindo, foi legal... mas, ter uma prática verdadeiramente antimanicomial não é uma coisa fácil, nem todos os profissionais se dispuseram (E5).

Em relação aos donos de hospitais psiquiátricos privados, enquanto adversários às implantações do ideal antimanicomial em Minas Gerais, a resistência foi muito grande. Como vimos no início do tópico 3.1 deste trabalho, desde a década de 1960, a massiva contratação, por parte do Estado, de leitos psiquiátricos em hospitais particulares, tinha fomentado uma “função produtiva da psiquiatria pelo fortalecimento do complexo médico-assistencial do setor privado e da indústria farmacêutica, que alimentou a ‘indústria da loucura’” (ROSA,

2003, p. 100). Assim sendo, o projeto antimanicomial de pôr fim ao hospital psiquiátrico chocava-se frontalmente com essa lógica de exploração capitalista, ameaçando findar a fonte de lucros dos proprietários de hospitais privados. Nos termos da depoente:

houve resistência dos donos dos hospitais psiquiátricos. Era uma questão financeira que o Brasil tinha construído desde a ditadura. A ascensão enorme do número de leitos psiquiátricos particulares, tudo financiado com dinheiro público [...]. Para os proprietários, foi um enriquecimento enorme. Então, é óbvio que eles foram um grande segmento de resistência (E5).

Outra entrevistada destaca que os mais implacáveis opositores ao Movimento Antimanicomial foram aqueles segmentos da sociedade que, de algum modo, se beneficiavam financeiramente com a manutenção do modelo hospitalar.

A gente tinha muito mais problemas com as corporações e com as entidades ligadas à indústria da loucura, que era a Federação Brasileira de Hospitais. Essas entidades corporativas defendiam interesses de segmentos muito específicos. [...] O nosso adversário mais poderoso foi a Federação Brasileira de Hospitais, a FBH. [...] Os adversários políticos com quem havia os grandes embates que eram os donos dos hospitais eram os psiquiatras que tinham interesses profissionais. E era uma oposição muito virulenta (E6).

Maia e Fernandes (2002) argumentam que os proprietários de hospitais psiquiátricos brasileiros geralmente não utilizavam da estratégia de ir a público buscar defender os seus interesses. No lugar de tentar mobilizar a opinião pública, a estratégia utilizada pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) era atuar no âmbito político, por meio de *lobbies* e pressões junto aos parlamentares. Assim, a FBH em 1991, “apresentou um abaixo-assinado ao Congresso Nacional, conseguindo, com esse recurso, que as comissões especiais adiassem por várias ocasiões as votações do projeto de Lei Paulo Delgado” (MAIA e FERNANDES, 2002, p. 165). Não por acaso, o Projeto de Lei 3657/89 tramitou no Congresso Brasileiro por longos doze anos até ser sancionado como lei. O mesmo ocorreu com a Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais, que também sofreu resistências de grupos organizados e representados na Assembleia Estadual, como apresentamos no tópico 4.4.4.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como exposto no texto introdutório deste trabalho, procuramos deixar claro que a questão de pesquisa que nos trouxe a este curso de mestrado e a consequente realização desta dissertação foi sendo gradativamente construída a partir de fatores diversos. Assim, partindo de uma experiência no estágio supervisionado na graduação em Serviço Social, à qual, tempos depois, foi-se somando a experiência acumulada pelo exercício profissional nos âmbitos do Serviço Social e do Magistério, nos interrogamos sobre as condições de emergência dos movimentos sociais em saúde mental no Brasil, considerando a participação social na condução da política pública de saúde mental.

Nesse contexto, de posse desse questionamento que, para nós, foi a preocupação central deste trabalho que ora se encerra, investimo-nos de um objetivo geral de identificar e sistematizar as condições de emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental, considerando aspectos políticos, sociais e econômicos ocorridos entre os anos de 1987 e 1994, identificando seus efeitos, influências e reverberações sobre a formação do FMSM.

Para além do questionamento e do objetivo geral já expostos, tínhamos também a intenção de identificar os elementos sociais, políticos, econômicos e culturais de Minas Gerais e de Belo Horizonte no período estudado; caracterizar as demandas específicas da área da saúde mental no contexto analisado que contribuíram para o fortalecimento do movimento antimanicomial, justificando a emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Assim, no trabalho que agora concluímos, optamos, para responder a nossa questão de pesquisa e atender aos nossos objetivos geral e específicos, por um caminho sinuoso que conjugou informações oriundas de fontes orais, escritas e documentais acerca da constituição das relações entre Estado e Sociedade Civil; do contexto sociopolítico em que emergiu e se transformou o Movimento Antimanicomial Nacional; e do painel de eventos sociais, políticos, econômicos e culturais da conjuntura mineira em que surgiu o Fórum Mineiro de Saúde Mental. Tudo isso refletido em uma perspectiva de análise conjuntural que permitisse verificar quais os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais se articularam de modo a possibilitar a emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Sendo assim, em resposta ao principal questionamento, a pesquisa nos possibilitou constatar que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) emergiu no contexto político democrático que acabara de ser implantado no país, configurando-se em um cenário

de grande efervescência não só política, mas também cultural, social e econômica. Nestes termos, foram esses fatores que, juntos, multideterminaram as condições de emergência do MNLA, bem como de seu núcleo em Minas Gerais: o Fórum Mineiro de Saúde Mental.

No caso do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, o trabalho permitiu-nos constatar que ele emergiu primeiramente influenciado pelas mudanças teóricas e políticas do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no que diz respeito às estratégias políticas para lutar pela modificação do tradicional modelo assistencial de saúde mental. Influenciado pelas ideias do psiquiatra Franco Basaglia que havia liderado, na década de 1970, o desmonte do aparato manicomial na Itália, o MNLA adotou para si a radicalidade da proposta basagliana, ou seja, extinguir os hospitais psiquiátricos e substituí-los por uma rede de serviços em saúde mental de base comunitária e regionalizada. Essa decisão, como vimos, foi tomada pelo MNLA após quase uma década de tentativa, sem êxito, de humanizar e domesticar hospital psiquiátrico e os seus serviços composto por aparatos segregadores, ineficientes e cronificadores.

Estritamente ligado a esse primeiro, o segundo fator que constituiu as condições de emergência do MNLA foi o fato de a Constituição Federal de 1988 consagrar a saúde como um direito universal. Condições estas que permitiram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes preconizam a descentralização, o atendimento integral e a participação da população no controle social dessa política. Esses eventos, por sua vez, possibilitaram ao MNLA vislumbrar a exequibilidade de sua proposta de criação de uma rede de serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Além destes, um terceiro fator constitui-se na tendência mundial de diversos países empreenderem reformulações em suas práticas em saúde mental, como os Estados Unidos e alguns países europeus, nos anos 1960 e 1970. Particularmente nos países da América Latina, entre eles o Brasil, a reorganização da assistência psiquiátrica, em 1990, passou a ser norteadada pela Declaração de Caracas, a qual registrava as limitações e ineficiência da assistência psiquiátrica centrada na hospitalização, e oficializava a necessidade de empreendimento de redes de serviços de saúde mental localizados na comunidade, com vistas a substituir o modelo assistencial anterior.

A legitimidade da demanda posta pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial em substituir os hospitais psiquiátricos por serviços mais dignos e de maior qualidade foi dada também por um quarto fator: a ampliação do conceito de cidadania, fato ocorrido no contexto de retomada do processo democrático brasileiro e legitimado pela Constituição Federal de 1988. Isso elevou à condição de cidadãos vários grupos sociais, entre eles, os loucos. Assim

sendo, os direitos conferidos ao louco naquele contexto de redemocratização política fizeram com que a exclusão social a que ele estava submetido desde o Brasil Colônia passasse a ser percebida como antidemocrática e, portanto, descabida às novas condições sociais, culturais e políticas daquele momento.

Os quatro elementos constitutivos das condições de emergência do MNLA sumariados acima ocorreram atravessados por um quinto fator que se materializou na mudança da relação entre o Estado e a Sociedade Civil, no recorte por nós estudado. Assim, O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial emergiu em um contexto democrático, cuja relação entre o Estado e a Sociedade Civil se encontrava em razoáveis condições de diálogo, permitindo ao Movimento empreender novas estratégias na sua militância. Dentre estas, como vimos ao longo da pesquisa, estava a possibilidade de o MNLA ocupar os novos mecanismos institucionais de participação social democrática forjados naquele contexto, assumindo uma postura mais protagonista em relação à elaboração e ao controle social da política pública de saúde mental.

Um sexto fator determinante para a emergência do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como um movimento social foi a importância atribuída à Sociedade Civil no contexto democrático de participação popular, trazido pela Carta Magna de 1988. A possibilidade dada às pessoas comuns da Sociedade Civil de se organizarem e, a partir daí, reivindicarem seus interesses, permitiu ao MNLA o reconhecimento da necessidade de mudar a posição do usuário no processo de luta pela política de saúde mental, retirando-o de sua mera posição de espectador e colocando-o na condição de ator político que também faz o movimento acontecer. Isso fez com que o MNLA rompesse com um tecnicismo e com um isolamento interno, possibilitando o diálogo com outros atores sociais, sobretudo aqueles mais interessados na causa da saúde mental: os seus usuários.

Todo esse quadro acima apresentado terminou por gerar suas consequências em terras mineiras, permitindo o alinhamento de fatores que possibilitaram a emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Do ponto de vista estadual, no período entre 1987 e 1994, a conjuntura política apontou para a ocorrência de dois tipos de Governos no Estado de Minas Gerais, sendo o primeiro deles reacionário e populista, e o segundo, progressista. A pesquisa nos permitiu constatar que o governo caracterizado como democrático/popular foi extremamente mais favorável ao avanço da política de saúde mental do que no governo conservador.

As ações vinculadas aos interesses antimanicomiais desenvolvidas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental – como, por exemplo, a auditoria técnica/política realizada em

todos os hospitais mineiros existentes à época – demonstrou que em pelo menos parte do Estado havia uma aderência aos preceitos antimanicomiais, tomando-os como norteadores na condução da política de saúde mental em Minas Gerais. Tendo recebido um amplo apoio de diversos militantes do Movimento Antimanicomial mineiro, tal auditoria expôs qualitativa e quantitativamente os problemas existentes nessas instituições, demonstrando, sobretudo grande número de internações desnecessárias. Essa constatação fez com que o poder público se visse pressionado a tomar alguma atitude em relação à crescente demanda pela reorientação da assistência em saúde mental em Minas Gerais. Isso fez com que fosse viabilizada, também, a possibilidade de vários profissionais da saúde mental irem até o município de Santos/SP conhecer a exitosa experiência antimanicomial daquela cidade.

Somou-se a essas iniciativas do Estado o fato de o contexto democrático aliado ao fortalecimento dos municípios por meio da descentralização fiscal e administrativa ter favorecido, – em algumas cidades do interior do Estado cuja gestão alinhava-se com práticas democrático-populares –, o surgimento das primeiras iniciativas em saúde mental, tendo como referência outros serviços que não a internação em hospital psiquiátrico.

Nestes termos, a disseminação das ideias antimanicomiais por várias cidades do Estado, juntamente com o progresso das diversas ações em saúde mental, favoráveis à Reforma Psiquiátrica e encabeçadas pelas gestões democráticas, configuraram-se em elementos que rebateram positivamente no Movimento Mineiro de Trabalhadores em Saúde Mental, colaborando com o seu fortalecimento e com a melhoria de sua organicidade.

Diferentemente do nível estadual – que oscilou entre governos antidemocráticos e democráticos – a conjuntura política de Belo Horizonte manteve-se uniformemente popular/progressista durante o período estudado. Nestes termos, os governos municipais eleitos buscaram colocar em prática uma gestão pública de forma participativa e democrática, tal qual orientado pelos preceitos constitucionais de 1988. Assim, conforme constatado pela pesquisa, em Belo Horizonte, promulgou-se a Lei Orgânica do Município, instituíram-se as instâncias de participação popular, regulamentou-se a criação do Conselho de Saúde, promoveu-se a descentralização dos serviços de saúde por meio da implantação do Sistema Único de Saúde. Todas essas ações constituíram-se em terreno fértil para o fortalecimento do Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental, uma vez que os princípios da luta pela extinção do manicômio estavam totalmente alinhados aos princípios da descentralização da assistência em saúde.

Desse modo, a constatação reiterada pela auditoria de uma falência do modelo hospitalar, a experiência adquirida com a visita a Santos, somadas ao contexto de

descentralização dos serviços de saúde formaram-se um contexto interessante para que o Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental formulasse uma proposta de saúde mental para ser apresentada ao executivo municipal. Aspectos estes fomentados por uma prática do diálogo da gestão municipal democrática com os movimentos sociais e populares, que estava instalada, favorecendo enormemente a posição do Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental em assumir seu papel de coautoria da política de Saúde Mental.

Todo esse quadro de eventos sociais e políticos relatados até aqui favoreceu a consolidação do Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, caracterizando-o como combativo, possuidor de agenda política própria, detentor de autonomia em relação ao Estado, enfim capaz de fazer proposições e de influenciar a formulação da política pública de saúde mental local, bem como exercer o controle social da mesma.

Foi com essa configuração que o núcleo mineiro participou do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em 1993 e, lá, foi eleito pela assembleia final para assumir a Secretaria Executiva Nacional do MNLA. Tal acontecimento foi, como comprovado pelos depoimentos coletados, o episódio de coroamento das condições de emergência do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Assim, reconhecendo a importância dos usuários e seus familiares para o fortalecimento do seu coletivo, o FMSM legitimou a participação desses importantes atores e se constituiu juridicamente em 1994, para assumir aquela Secretaria, bem como para continuar seu trabalho de coautoria na política de saúde mental em Belo Horizonte.

Logo, sem se manter isolado e imune aos efeitos da conjuntura política, social, econômica e cultural do período aqui focado; e sendo forjado em um processo complexo de aceitação e de resistências, o Fórum Mineiro de Saúde Mental se materializou em Minas Gerais, pretendendo tornar as aspirações antimanicomiais uma realidade no Estado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Verena. **Ouvir contar**: textos em história oral. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.

ALVIM, Lúcia Teixeira. **Lei Carlão na berlinda**. Revista do Legislativo, Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, n. 14, p. 57-59, abr/jun. 1996.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 136 p.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 142 p.

ARBEX, Daniela. **O holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255 p.

BARRETO, Francisco Paes. **Em defesa da lei da reforma psiquiátrica**. Revista do Legislativo, Belo Horizonte, n 14, p. 60-61, Abr./Jun. 1996. Belo Horizonte, Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1996.

BEDÊ, Mônica Maria Cadaval. **Trajetoária da formulação e implantação da política habitacional de Belo Horizonte na gestão da Frente BH Popular 1993/1996**. 2005. 301 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geociências da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 5. ed. (Biblioteca básica de Serviço Social; V. 2). São Paulo: Cortez, 2008. 213 p.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade**; por uma teoria geral da política. Trad. de Marco Aurélio Nogueira. 15 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, 173 p.

BOBBIO, Norberto, *et al.* **Dicionário de política**. Tradução de João Ferreira. 12 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília. V. 1 e 2, 2004, 1330 p.

BOGDAN, Robert C; BIKLEN, Sari K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução de Maria João Alvarez. Porto: Porto Editora, 1994, 335 p.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In. CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABPESS. 2009.

BRASIL, Ministério da saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p.

BRASIL, Ministério da saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à saúde, Departamento de Assistência e Promoção à saúde. 1993. 47 p.

BRASIL, Ministério da saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à saúde, Departamento de Assistência e Promoção à saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63 p.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 332 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. 52p.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabeth. *et al.* (Org) **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 88-110.

CARDOSO, Ruth. A trajetória dos movimentos sociais. *In*: DAGNINO, Evelina (Org.) **Os anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 80-90.

CARNEIRO, Bianca Guimarães Veloso. **Relatório preliminar do Projeto de Pesquisa**: O estado da arte da produção de trabalhos em saúde mental no Brasil. Belo Horizonte, PUC - Minas. 1988. 92 p.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: O longo caminho. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. 236 p.

CASTRO, Adriana Magalhães de. Fórum Mineiro de Saúde Mental: a alegria e a coragem de se fazer política. *In*: NILO, Kelly *et al.* **Política de saúde mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de um utopia. 2008. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 258 p.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabeth. *et al.* (Org) **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 111-138.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. *In*: \_\_\_\_\_. Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 09-15.

\_\_\_\_\_. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? *In*: MATO, Daniel (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Univ. Central de Venezuela, 2004. (p. 95-110).

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2005.

DAMASCENO, Lúbia Badaró e GÓIS, João Bosco Hora. **Poliarquias e participação social no Brasil**: estudo de um conselho municipal de direitos da criança e adolescente. Textos & contextos. Vol.9, n. 2, 2010.

DAKER, Maurício Viotti. **Imprecisões precisam ser corrigidas**. Revista do Legislativo, Belo Horizonte, n. 14, p. 62-63, Abr./Jun. 1996, Belo Horizonte, Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1996.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz (Coleção Loucura e Civilização), 1999. 167 p.

DUARTE, Ronaldo Alves. **[Re]tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental**. 2008, 186 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) – Fundação Educacional de Divinópolis – Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, 2008.

DULCI, Otavio Soares. Partidos e eleições em Belo Horizonte. In: NEVES, Magda de Almeida, *et al.* **Belo Horizonte: poder, política e movimentos sociais**. Belo Horizonte: C/Arte, 1996. p. 15-29.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade Civil e Democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007, 240 p.

PASQUINO, Gianfranco. Movimentos Sociais. In BOBBIO, Norberto, *et al.* **Dicionário de política**. 12 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. V. 2, p. 787-792.

FEDOZZI, Luciano Joel. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In. FLEURY, Sônia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. (orgs.). **Participação, Democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 204-228.

FLEURY, Sônia. **A seguridade social inconclusa**, 2006. Disponível em <http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Seguridade.pdf> Acessado em 11/08/2013 às 18:55hs.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos Movimentos sociais**: Paradigmas clássicos e contemporâneos. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 383 p.

\_\_\_\_\_. **Novas teorias dos Movimentos Sociais**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2010. 166 p.

\_\_\_\_\_. **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 2011. 143 p.

\_\_\_\_\_. **Movimentos sociais e educação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 128 p.

GOSS, Karine Pereira e PRUDENCIO, Kelly. **O conceito de movimento social revisitado**. Revista eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC. V. 2, n.1, p. 75-91. Janeiro-Julho 2004

GOULART, Maria Stella Brandão. **O ambulatório de saúde mental em questão**: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas. 1992. 193 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1992.

\_\_\_\_\_. *et al.* Cezar Rodrigues Campos: de psiquiatra a militante da Reforma. In: **Anais do I Encontro de Pesquisadores em História da Saúde Mental**. Florianópolis, 2001. Disponível em: [www.encontrohistoriasm.ufsc.br](http://www.encontrohistoriasm.ufsc.br) Acessado em 10 de maio de 2014.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p.

JORGE, Miguel R e FRANCA, Josimar MF. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil**. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]. São Paulo. v. 23, n.1, p. 3-6. Março 2001.

LACLAU, Ernesto. **Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social**, 1986. Disponível em: [http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_02/rbcs02\\_04.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_02/rbcs02_04.htm). Acesso em 12 de agosto de 2013.

LANDIM, Leilah. **Para além do mercado e do Estado?** Filantropia e cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: ISER, 1993.

LERBACH, Brenda Costa. **Uma revisão dos percursos teóricos e práticos dos Movimentos Sociais**. *Revista Habitus – IFCS/UFRJ*. Rio de Janeiro. V. 9, n. 2, p. 51-66. 2011.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997. 99 p.

\_\_\_\_\_, ABOU-YD, Miriam. A cidade e a Loucura – entrelaces. In: CAMPS, Cezar Rodrigues, *et al.* **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 243-264.

\_\_\_\_\_. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 174p.

\_\_\_\_\_. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.) **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 20-30.

LUCHMANN, L. H. H. e RODRIGUES, J. **O Movimento Antimanicomial no Brasil**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*: v. 12, nº 2. p. 399-407. Março/Abril 2007.

LÜDKE, Menga. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 2000. 108 p.

LUSTOSA DA COSTA, Frederico. **Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 256 p.

MAIA, R. C. M. e FERNANDES, A. B. **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política**. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n.48, fevereiro. p. 157-171. São Paulo: AMPOCS, 2002.

MATTOS, R. A. Introdução. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.10-19. Online: Disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

MINAS GERAIS, Conselho Regional de Serviço Social – 6ª região. **Coletânea de leis**. Belo Horizonte: CRESS, 2002. 256 p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Linha guia de Atenção em Saúde Mental**. 2. ed. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2007. 238 p.

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 108 p.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado Classe e movimento social**. 3. ed. (Biblioteca básica de Serviço Social; V. 5). São Paulo: Cortez, 2011. 384 p.

MORONI, José Antônio. O direito à participação no governo Lula. In. FLEURY, Sônia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. (orgs.). **Participação, Democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 248-269.

NETO, Antonio Quinto. **A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental**. Revista Saúde em debate – Órgão oficial do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Brasília. v. 37, p. 5-10. Dezembro de 1992.

NETO, João Leite Ferreira. **Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história**. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro. v. 32, n.78/79/80, p. 18-26. Jan./Dez. 2008.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 334 p.

PASQUINO, Gianfranco. Movimentos Sociais. In BOBBIO, Norberto, *et al.* **Dicionário de política**. 12 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. V. 2, p. 787-792.

PEDROSA, Larisse Dias, *et al.* Minas aponta do caminho: o processo de reforma da educação. In: **Anais do 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**. Unioeste – Campos de Cascavel, 2005. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/> Acesso em: 25 de maio de 2014.

PEREIRA, William César Castilho. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática**. 2. ed. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001. 336 p.

\_\_\_\_\_. **O adoecer psíquico do subproletariado: projeto de saúde mental na comunidade**. Rio de Janeiro: Imago, 2004. 368 p.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**. 2004. 244p. Tese (Doutorado em Ciências na área da saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Estado, sociedade e esfera pública. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABPESS. 2009, p. 285-300.

\_\_\_\_\_. **Política Social: temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011, 214 p.

PICOLOTTO, Everton Lazzaretti. **Movimentos Sociais: abordagens clássicas e contemporâneas**. CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Ano 1, Edição 2, novembro de 2007.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida; (orgs). **Cidadania e Loucura: políticas da saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 15-74.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **A pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas S.A., 2011. 198 p.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003. 367 p.

SCHERER-WARREN, Ilse, **Redes de movimentos sociais: 2 ed.** São Paulo: Loyola, 1996. 143 p.

\_\_\_\_\_. Redes sociais: trajetórias e fronteiras. In: DIAS, Leila Christina; SILVEIRA, Rogério L. L. da (Orgs.). **Redes, sociedade e território**. 2. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

SEMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 255 p.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.) **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 84-111.

\_\_\_\_\_. **Sobre as origens da luta antimanicomial**. Belo Horizonte, 2013. 03 p. Mimeografado.

SODRÉ, Nelson Werneck. **Formação histórica do Brasil**. 14. ed. Rio de Janeiro: Graphia, 2002. 454 p.

SOUZA, Celina. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais**. São Paulo em Perspectiva 18 (2). Pg. 27-41. 2004.

SOUZA, Marta Elizabeth de. **Os movimentos sociais – organização política dos usuários em saúde mental rompendo preconceitos e expandindo a vida: outros segmentos da sociedade civil organizada**. 2002. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

\_\_\_\_\_. Os novos movimentos sociais – organização política dos usuários em saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.) **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 144-152.

SOUZA, Patrus Ananias de Souza. Política e administração em Belo Horizonte. *In*: NEVES, Magda de Almeida, *et al.* **Belo Horizonte: poder, política e movimentos sociais**. Belo Horizonte: C/Arte, 1996. p. 33-54.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*:\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde coletiva, 2006. p. 17-46.

TOURAINÉ, Alain. **Crítica da Modernidade**. Tradução de Elia Ferreira Edel. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 431 p.

\_\_\_\_\_. **Na fronteira dos movimentos sociais**. Revista Sociedade e Estado. V. 21, n.1. p. 17-28. Janeiro-Abril 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. *In*:\_\_\_\_\_. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 19-34.

\_\_\_\_\_. **Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil**. *In Vivência* n.o 32, Natal, Ed. UFRN, 2007. p. 173-206.

\_\_\_\_\_. Reforma psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. *In*:\_\_\_\_\_. **Abordagem psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 27-55.

WEFFORT, Francisco C. **Por que democracia?** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. 133 p.