

Beatriz Oliveira Santos

# Fórum cearense da luta antimanicomial

*sua história a partir  
das narrativas  
de militantes*

**u**  
Imprensa  
Universitária  
UFC



**Fórum cearense da luta antimanicomial**  
sua história a partir  
das narrativas de militantes

Presidente da República  
**Michel Miguel Elias Temer Lulia**

Ministro da Educação  
**Rossieli Soares da Silva**

**Universidade Federal do Ceará - UFC**

Reitor  
**Prof. Henry de Holanda Campos**

Vice-Reitor  
**Prof. Custódio Luís Silva de Almeida**

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação  
**Prof. Antônio Gomes de Souza Filho**

Pró-Reitor de Planejamento e Administração  
**Prof. Almir Bittencourt da Silva**

Imprensa Universitária  
Diretor  
**Joaquim Melo de Albuquerque**

Conselho Editorial  
Presidente  
**Prof. Antônio Cláudio Lima Guimarães**

Conselheiros  
**Prof.<sup>a</sup> Angela Maria R. Mota Gutiérrez**  
**Prof. Ítalo Gurgel**  
**Prof. José Edmar da Silva Ribeiro**

# Fórum cearense da luta antimanicomial sua história a partir das narrativas de militantes

Beatriz Oliveira Santos



Fortaleza  
2018

**Fórum cearense da luta antimanicomial: sua história a partir das narrativas de militantes.**

Copyright © 2018 by Beatriz Oliveira Santos

Todos os direitos reservados

**IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRAZIL**

Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Av. da Universidade, 2932, fundos - Benfica - Fortaleza - Ceará

Coordenação editorial  
**Ivanaldo Maciel de Lima**

Revisão de texto  
**Adriano Santiago**

Normalização bibliográfica  
**Marilzete Melo Nascimento**

Projeto visual  
**Sandro Vasconcellos**

Diagramação  
**Thiago Nogueira**

Capa  
**Heron Cruz**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Bibliotecária Marilzete Melo Nascimento CRB 3/1135

---

S237f Santos, Beatriz Oliveira.  
Fórum cearense da luta antimanicomial [livro eletrônico] : sua história a partir das narrativas de militantes / Beatriz Oliveira Santos. - Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018.

8.995 Kb : il. color. ; PDF - (Coleção de Humanidades - UFC)

ISBN: 978-85-7485-341-3

1. Psiquiatria. 2. Manicômio. 3. Inclusão social. I. Santos, Beatriz Oliveira. V. Título.

---

CDD 616.89

Ao paiho e à mãinha, Evandro e Eudenis.



# Agradecimentos

**A** luz suprema, ao amor infinito que chamo de Deus. À minha família, por todo o amor, compreensão e paciência. À Paloma, minha pequena, por me convocar, tantas vezes, para o seu mundo. Ao meu orientador, Aluísio Ferreira de Lima, muito obrigada! Aos meus amigos do Paralaxe, pelo aprendizado imensurável advindo do convívio com cada um. Aos entrevistados, por terem aceitado compartilhar suas narrativas, por terem confiado e acreditado na relevância e no potencial de nossa pesquisa. Aos colegas militantes do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial. Ao Nacile, pela força, coragem e perseverança com que tem lidado com as questões ligadas à saúde. À Dulce, por ter reafirmado a minha compreensão de que a luta pela saúde mental começa internamente, a cada dia, por cada um de nós. A cada pessoa que, direta ou indiretamente, colaborou para a realização deste livro.

Há história – uma experiência e uma matéria da história – porque há palavra em excesso, palavras que talham a vida, guerras da escritura. E há uma ciência histórica porque há o escrito que apazigua essas guerras e cicatriza essas feridas, revisitando os rastros do que já foi escrito” (RANCIÈRE, 2014, p. 135).





# Sumário

O MÉTODO COM PRÓLOGO	10
A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: SOBRE OS AVANÇOS QUE ARRASTAM OS RETROCESSOS	23
A CRISE DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL: DA LUTA COMUM À DISSIDÊNCIA	36
AS PECULIARIDADES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CEARÁ	50
O FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL A PARTIR DE NARRATIVAS DE MILITANTES	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS QUE APONTAM PARA A NECESSIDADE DE NOVOS COMEÇOS	105
BIBLIOGRAFIA	108
APÊNDICE A	118
APÊNDICE B	119
ANEXO A	120
ANEXO B	121
ANEXO C	125
ANEXO D	129
ANEXO E	133
A AUTORA	137

# O método como prólogo

A pedagogia aí está para provar a inércia do pensamento que se satisfaz com o acordo verbal das definições. Para verificar isso, vamos acompanhar por um momento a aula de mecânica elementar que estuda a queda dos corpos. Acaba de ser dito, portanto, que todos os corpos caem, sem exceção. Ao proceder à experiência no vácuo, com a ajuda do tubo de Newton, chega-se a uma lei mais rica: *no vácuo, todos os corpos caem à mesma velocidade*. Este é um enunciado útil, base real de um empirismo exato. Entretanto, essa forma geral bem constituída pode entravar o pensamento. De fato, no ensino elementar, essa lei é o estágio no qual estancam os espíritos de pouco fôlego. A lei é tão clara, tão completa, tão fechada, que não se sente necessidade de estudar mais de perto o fenômeno da queda. Com a satisfação do pensamento generalizante, a experiência perdeu o estímulo. Deve-se estudar apenas o arremesso de uma pedra na vertical? Tem-se logo a impressão de que faltam elementos de análise. Não se consegue fazer a distinção entre a força da gravidade que age positivamente no movimento de cima para baixo e a força da gravidade que age negativamente no movimento de baixo para cima. Com o conhecimento muito geral, a zona de desconhecimento não se resolve em problemas precisos (BACHELARD, 1996, p. 71-72, grifo do autor).

**M**esmo seguindo um ciclo de *ideias exatas*, como expõe Bachelard (1996) em *A Formação do Espírito Científico*, percebe-se que a generalidade atribuída imobiliza o pensamento. No exemplo acima, a noção de velocidade escondeu a de aceleração. Contudo, é a noção dessa que corresponde à realidade dominante. Desse modo, torna-se claro que a própria matemática dos fenômenos é hierarquizada, e nem sempre a primeira *forma* matemática está correta, nem sempre ela é, de fato, formativa. Um dos aspectos notáveis da física contemporânea é que ela trabalha quase exclusivamente na zona

das perturbações e é delas que surgem, na atualidade, os problemas mais interessantes.

A “lei” para nós não estava tão clara; estava/está longe de ser vista como completa e fechada. Sentimos, a todo instante, a necessidade de estudar mais de perto o fenômeno da “queda”. Foram perturbações pessoais como essas que culminaram nos primeiros interesses em realizar essa pesquisa. Nela, por diversas situações, deparamo-nos com o momento em que foi “preciso romper com as primeiras tabelas da lei empírica” (BACHELARD, 1996, p.73). Para incorporarmos novas provas experimentais, foi preciso então “deformar os conceitos primitivos, estudar as condições de aplicação desses conceitos e, sobretudo, incorporar as *condições de aplicação de um conceito no próprio sentido do conceito*” (BACHELARD, 1996, p. 76, grifo do autor). Estreitamos a união da experiência com a razão ao utilizarmos narrativas como nossa principal fonte de informação.

É importante dizer que não desejamos, em nenhum aspecto, que o texto forneça “indução utilitária” culminando em “generalizações exageradas” que conservam o poder de seduzir. Pelo contrário, essa pesquisa não visa, primordialmente, à compreensão dos fins, mas dos meios. Afinal, como bem assinalado por Agamben (2015, p. 107), “Uma finalidade sem meios [...] é, de fato, tão alienante quanto uma medialidade que só tem sentido em relação a um fim”. Se a dança, como expõe esse autor, é gesto, é porque ela não é nada mais do que a sustentação e a exibição do caráter medial dos movimentos corporais.

Nesse sentido, debruçamo-nos, ao longo deste livro, na difícil tentativa de narrar os meios, possíveis meios que ora são ignorados, ora são utilizados apenas como justificativa para os fins. Começaremos, portanto, assinalando que nosso primeiro contato com pesquisa e com saúde mental ocorreu, concomitantemente, por meio de uma bolsa de iniciação científica para o projeto aprovado pelo CNPq intitulado “Avanços e Limites da Reforma Psiquiátrica no Estado do Ceará: a herança histórica e o desafio da desinstitucionalização”, que iniciou no segundo semestre de 2013 e será finalizado em 2016. A partir disso, o interesse da autora por pesquisar temas relacionados à saúde mental foi ganhando cada vez mais força ao longo da graduação em Psicologia.

Diante do contato que tivemos com alguns membros do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, vislumbramos a possibilidade e a importância de tentar compreender a história do Movimento da Luta Antimanicomial no Ceará que, em um primeiro momento, parecia se resumir unicamente à do Fórum Cearense. Iniciamos então a pesquisa realizando um levantamento bibliográfico que nos permitisse apresentar, de um modo geral, a Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Movimento de Luta Antimanicomial no País e a Reforma Psiquiátrica no Ceará. Rapidamente nos deparamos com a escassez acerca das informações sobre esses temas, o que nos fez pesquisar também outras fontes como relatórios, cartas, leis etc., que ajudassem a compreender e a organizar os acontecimentos que vários autores elegem para escrever seus textos. O que descobrimos acerca do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial era apenas aquilo que é de acesso público e que estava publicado no *blog* “Antimanicomial Ceará”, cuja última atualização ocorreu em março de 2014. Ele traz o seguinte conteúdo:

O Fórum Cearense da Luta Antimanicomial foi criado em 15 de fevereiro de 2000, mas as discussões em torno do tema e da atenção à saúde mental iniciaram-se em 1992, quando um grupo de trabalhadores de saúde mental criou o Fórum de Saúde Mental durante a I Conferência Estadual de Saúde Mental, propondo a municipalização e interiorização da atenção à saúde mental. Em 1993, foi criado o Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH), através da Portaria 063, que contou com expressiva participação do movimento da luta antimanicomial do Ceará. Nesse mesmo ano foi aprovada a Lei Estadual 12.151, de autoria do deputado Mário Mamede, e realizado o I Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial, com o lançamento do Manifesto da Luta Antimanicomial do Ceará. Esse grupo de trabalhadores vinha participando dos vários eventos relacionados à saúde mental e à luta antimanicomial e, em 1997, organizou o II Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial no Ceará. A principal composição desse movimento surgiu com uma forte influência de trabalhadores de saúde mental como o próprio movimento da luta antimanicomial nacional, com discussões mais voltadas para ampliação e qualificação dos serviços substitutivos; no entanto, após a participação de alguns trabalhadores no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Maceió (1999), alguns integrantes, até então constituídos como um coletivo de trabalhadores de saúde mental, passaram então para a construção do movimento social da luta antimanicomial, constituindo, assim, o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial. Nesse momento, após a participação no encontro de Maceió, chegou a informação, pela Comissão

de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, da morte de uma pessoa no interior de um dos hospícios do estado; era Damião Ximenes Lopes, que falecera no quarto dia de internamento na chamada Casa de Repouso Guararapes, na cidade de Sobral. O Fórum, então, em conjunto com a Comissão e com a participação ativa de um familiar de Damião Ximenes, Irene Ximenes, iniciou uma campanha nacional de divulgação das provas do teor das denúncias apresentadas pela família, resultando, após quatro meses da morte, na intervenção do hospício – Casa de Repouso Guararapes – em que, através de sindicâncias, foram identificados maus tratos e até violência como abuso sexual de pessoas internadas. Em maio de 2000, como parte da programação do 18 de Maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará atende à solicitação do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e realiza audiência pública para debater a saúde mental no estado, e o Fórum Cearense de Direitos Humanos convida representantes das suas diversas instituições, incluindo promotores, a realizar vistoria na Casa de Repouso Guararapes, que estava interditada, o que culminou no seu fechamento, em junho de 2000, e teve um grande apoio da maior parte da Junta Interventora que havia sido nomeada pela prefeitura de Sobral. Também, nesse período, a justiça de Sobral recebe denúncia formal da promotoria pedindo indiciamento de quatro funcionários como responsáveis pelo crime de maus tratos seguido de morte contra Damião. A justiça a esse caso veio pela Corte Interamericana de Direitos Humanos da OEA (Organização dos Estados Americanos), em julho de 2006, que condenou o Estado brasileiro por violar o direito de Damião Ximenes, portador de transtorno mental, à integridade física e à vida e de acesso à Justiça e garantias judiciais de sua família. Uma das principais realizações do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial é a comemoração do 18 de Maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que há nove anos vem evidenciando sua postura de luta contra a cultura manicomial excludente e segregadora e pela luta do avanço da reforma psiquiátrica e o fim dos hospitais psiquiátricos. Desde 2003 o Fórum [sic] é vinculado à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, que se constituiu a partir da decisão coletiva de representantes de 13 (treze) núcleos da luta antimanicomial de todo o Brasil. A real participação dos portadores de transtorno mental, nos núcleos locais como em âmbito nacional, como porta-vozes de suas questões e protagonistas da luta por seus direitos, é característica essencial e definidora da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. [...] O Fórum Cearense da Luta Antimanicomial constituiu-se, enquanto movimento social organizado, na forma de rede de pessoas (principalmente usuários, familiares e técnicos da saúde mental) e de entidades, instituições, estudantes e outras organizações interessadas na conquista da cidadania plena das pessoas que sofrem de transtornos mentais e por uma política de saúde mental humana, ética e resolutiva, que combata a discriminação, a violência, a segregação social, e que possibilite a convivência dos diferentes; enfim, estamos aliados a todos os que

lutam contra todas as formas de opressão. [...] O Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, núcleo da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, defende a reforma psiquiátrica numa perspectiva antimanicomial na luta pela transformação das relações entre loucura e sociedade, combatendo todas as figuras de aprisionamento e exclusão dos chamados loucos, para conquistar seu acesso ao pleno exercício da cidadania. Com esta concepção, apoia [sic] e atua na defesa por: uma vida digna, livre e independente para os portadores de sofrimento mental, com o respeito às suas escolhas e o incentivo às suas expressões e produções, assegurando sua presença e atuação no espaço social; pelas condições exigidas pela dignidade da vida humana, a saber, o acesso ao trabalho, ao lazer, à saúde, à educação, à cultura, que constituem direitos legítimos e inalienáveis de todos os homens; pela constituição de serviços de saúde mental que ofereçam um tratamento digno pautado pelo respeito à liberdade e busca do consentimento dos seus usuários, constituindo uma rede de atendimento (CAPS I, II e III, ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura) com diferentes níveis de complexidade que possibilitem a extinção progressiva e irreversível dos hospitais psiquiátricos e que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico; pela efetivação de políticas públicas inclusivas dos (as) portadores de sofrimento mental, com desenvolvimento de ações intersetoriais e garantias para a participação popular, com protagonismo de usuários (as); pela criação e aprimoramento das legislações que assegurem aos portadores de sofrimento mental a plena condição de sujeitos de direitos, abolindo as figuras da discriminação e do preconceito. [...] A entrada e participação no Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, pelos membros (Indivíduos ou instituições), acontecerá através de carta de adesão, na qual o interessado deverá assumir compromisso com os princípios do Fórum (FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL, [2011?], p. 1).

Não por acaso, quando iniciamos a presente pesquisa, propúnhamos, como título do projeto enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - CEP/UFC/PROPESQ: “O desenvolvimento da Luta Antimanicomial Cearense: um estudo a partir de narrativa de militantes”, sendo o mesmo registrado na Plataforma Brasil sob o nº CAAE: 51465915.4.0000.5054 e aprovado pelo CEP/UFC/PROPESQ, de acordo com o Ofício nº 33/15, conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (ANEXO A).

Diante de quase nenhuma informação que tínhamos sobre o Movimento de Luta Antimanicomial Cearense, acreditávamos que

poderíamos compreender como se desenvolveu essa história através da fala de usuários, profissionais e familiares, homens ou mulheres, adultos (maiores de 18 anos), que foram ou são militantes do Movimento da Luta Antimanicomial no estado do Ceará e que residiam na cidade de Fortaleza (CE). Nesse sentido, colaboraram com a pesquisa aqueles sujeitos que, ao serem convidados por conveniência, aceitaram participar, tendo como garantia que suas identidades seriam mantidas em sigilo.

Inicialmente, havia uma previsão de três participantes, um representante de cada categoria de militantes; contudo, diante das poucas informações obtidas nas primeiras entrevistas que fizemos, acabamos por realizar, ao todo, sete entrevistas que, depois de transcritas, contabilizaram 47 páginas. Finalizamos com esse total levando em consideração o “ponto de saturação do sentido” (GASKELL, 2008, p. 71), ao notarmos que as informações que obtivemos já traziam elementos que se assemelhavam e que nos permitiam começar as análises. Embora não tenha ocorrido em nenhum momento, tomamos como critério de exclusão, *a priori*, aqueles participantes que apresentassem limitações cognitivas e/ou na fala, ou ainda que fizessem uso de medicamentos que poderiam trazer dificuldade para a compreensão de suas narrativas ao longo das entrevistas.

A realização das entrevistas foi baseada na metodologia apresentada por Júlia Motta (2009), denominada “Entrevista dialogal”. Para essa autora, entrevistar é um ato social que gera uma mudança entre e nas pessoas envolvidas, produzindo também um terceiro nessa relação: a narrativa, uma contribuição social. “A conversa geradora da narrativa é recheada de saberes e poderes, os quais são manifestos nas condições dos que escolhem o que vai ser dito, determinando ao mesmo tempo o que vai ficar de fora” (MOTTA, 2009, p. 96-97). A cena de uma entrevista dialogal é uma relação entre, no mínimo, dois indivíduos, quando o entrevistado oferece suas memórias como conhecimento gerado no berço da experiência. Buscamos, nesse sentido, construir, junto aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, um projeto compartilhado em uma narrativa.

A entrevista dialogal não está centrada na ideia de que um sujeito tem os saberes e poderes e o outro sujeito é um depositário que recebe e é preenchido pela verdade do outro. Quem faz a entrevista



deve estudar o tema, saber um pouco sobre o outro, reconhecer os critérios para a escolha daquele sujeito. Ambos, ao se encontrarem, trazem consigo saberes sobre o assunto. Diante disso, o entrevistado que participou da história tem algo que o entrevistador precisa e deseja; esse, por sua vez, tem um plano de pesquisa e deve trazer consigo perguntas que possibilitem dirigir o foco, de modo dialogal, junto com o sujeito.

O pesquisador que passa por essa vivência, aponta Motta (2009), cria em si interesses não só sobre o tema, mas sobre o sujeito “pesquisado”. Esse último possui saberes que o tornam autor da história, mas o pesquisador também os tem, pois, para além de definir as perguntas que apontam o rumo da entrevista dialogal, é de sua responsabilidade a produção de um texto final. Como pesquisadores, não precisamos interpretar o que o outro nos diz; ao contrário, devemos transformar nossas afirmações em perguntas de modo a reunir ética e vida.

Nas palavras da própria autora,

Anotava, anteriormente, as perguntas básicas classificadas pela importância para o tema. Depois de iniciada a entrevista, nem sempre as primeiras questões que me pareceram as mais importantes eram confirmadas; às vezes uma nova informação abria estrada, mostrava paisagens essenciais que mudavam o roteiro. Mesmo assim, antes de desistir das perguntas, submetia-as à opinião do narrador. O fato de demonstrar que havia me preparado para a entrevista, mas que não estava tentando convencê-lo da “minha versão”, foi bom para as experiências de entrevistar (MOTTA, 2009, p. 99-100).

Diante da metodologia exposta, estudamos anteriormente um pouco sobre os sujeitos que foram entrevistados e agendamos, com cada um, dia e local confortáveis para a realização de cada entrevista. Criamos um questionário (APÊNDICE A) com perguntas que puderam “nortear” as narrativas, mas antes disso cuidamos de construir um vínculo com cada sujeito, o que permitiu a criação de um espaço para a entrevista dialogal, que só seria possível se fosse comprometida com a construção de um projeto dual, fruto de um amadurecimento que se constrói com reflexões, vivência e compromisso sociopolítico com a pesquisa. Portanto, as narrativas obtidas por meio da entrevista dialogal foram a base para a realização dessa pesquisa.

Mas realizamos também, conjuntamente com as entrevistas, uma análise documental minuciosa; trouxemos, através de documentos históricos raros (relatórios, cartas, notícias de jornais, fôlderes etc.), informações que foram extremamente relevantes para mantermos um diálogo constante com as falas dos entrevistados. Vale ressaltar que esses documentos foram disponibilizados por alguns entrevistados durante a pesquisa. Desse modo, nosso estudo é resultado de uma triangulação qualitativa entre levantamento bibliográfico, entrevistas de militantes e documentos históricos apresentados.

As sete entrevistas foram realizadas, especificamente, com um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que se destaca no que se refere à militância dentro dessa categoria, dois estudantes universitários atuantes no movimento e quatro profissionais com formações distintas que trabalham com saúde mental. Inicialmente, foram feitas as entrevistas com o usuário, um profissional e os estudantes militantes do Fórum Cearense, contudo não obtivemos informações que nos ajudassem a compreender como se deu o desenvolvimento da Luta Antimanicomial no Ceará, nem acerca da história do próprio Fórum. Até então ele, inclusive nessas primeiras narrativas, aparecia como a única expressão do Movimento Antimanicomial no estado.

Até mesmo nós, que estávamos atentos aos processos que envolvem a Luta Antimanicomial, acreditávamos que, ao compreender a história do Fórum, estaríamos compreendendo a história do Movimento Antimanicomial como um todo no estado do Ceará. O Fórum, por sua expressão e representação através dos seus militantes, embora com um número reduzido, aparece como o movimento de luta que possui força no estado. Entretanto, pesquisando de um modo mais profundo, conversando com outros profissionais, percebemos que cometeríamos um erro se sustentássemos a ideia de que não há/houve outros movimentos.

Fomos percebendo, à medida que íamos tomando contato com as narrativas, que o Fórum era apenas “mais um” dos movimentos de Luta Antimanicomial que, embora seja o mais expressivo, ainda representa a invisibilidade que esses movimentos têm no estado do Ceará, no Brasil, de um modo geral. Manter a ideia original de que estaríamos contando a história do Movimento de Luta Antimanicomial

a partir da história do Fórum seria contribuir com essa invisibilidade. Seria mais fácil, claro, mas como bem assinalou Bachelard (1996, p. 72), manter “essa forma geral bem constituída pode[ria] entrar o pensamento”, mais do que provocá-lo.

Qual caminho seguir então? Deveríamos mapear os demais movimentos antimanicomiais do estado? Certamente isso seria muito importante. Todavia, já havíamos escutado histórias do Fórum de Luta Antimanicomial e essas narrativas eram desconhecidas pela maioria dos militantes, da sociedade como um todo. Sendo assim, o desejo pela extensão perdeu lugar para o desejo pelo aprofundamento. Diante da escassez referente à produção teórica e aos documentos disponíveis, tanto em nível nacional como estadual, e sabendo da relevância e do potencial que esse trabalho poderia alcançar, mobilizamo-nos ainda mais a tentar contar como ocorreu essa história.

Nesse sentido, convidamos mais três profissionais: um que ingressou em 2005 como militante do Fórum Cearense, outro que fez parte da sua criação e permanece como um dos principais nomes do movimento e outro que compôs a coordenação no momento da fundação do Fórum, mas que hoje já não tem mais contato com esse movimento, tendo colaborado, inclusive, no surgimento do Movimento Manicômio Nunca Mais, no estado do Ceará.

Diante do que escutamos nessas últimas narrativas, repensamos o nosso trabalho de modo que o título de nossa pesquisa passou a ser “Fórum Cearense da Luta Antimanicomial: sua história a partir das narrativas de militantes”. As narrativas continuaram sendo nosso principal material de análise, contudo passamos a objetivar, a partir desse momento, a compreensão de como se desenvolveu especificamente a história do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, primeira expressão de luta enquanto movimento organizado, em Fortaleza. Ao realizarmos essa mudança, acreditamos que estamos respeitando a existência dos demais movimentos que possam existir, inclusive no interior, e que nosso trabalho, por diversas questões, não conseguiria contemplar.

As primeiras narrativas mostraram a necessidade e a relevância de se conhecer essa história, visto que mesmo os militantes mais engajados ao Fórum desconheciam como esse processo ocorreu.

Na primeira entrevista com um militante do Fórum, que faz parte desse movimento desde 2010 e que é usuário de serviço substitutivo, mais especificamente de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), perguntamos o que ele sabia sobre o Movimento da Luta Antimanicomial no Ceará. Ele respondeu: “o que eu sei é que a gente tenta com que a Lei da Reforma Psiquiátrica seja cumprida, com que a pessoa com transtorno tenha voz, que acabe com preconceito, que as famílias se envolvam mais que também é muito importante”. Ao ser questionado se conhecia algum outro movimento no estado, disse que não. Perguntamos ainda se conhecia algum documento histórico e ele respondeu que já havia pesquisado muito na internet, mas a única coisa que teve acesso foi o que estava disponível no *blog* do Fórum. Desconhecia também o “racha” que ocorreu com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e as implicações disso no cenário local.

Os dois estudantes que participaram da segunda entrevista, ambos militantes do Fórum Cearense desde 2014, disseram ter dificuldades no que se refere ao conhecimento de outros movimentos ligados à luta antimanicomial aqui no Ceará, sobretudo devido à dificuldade de comunicação com outros municípios. Afirmamos, em um determinado momento da entrevista, que o Fórum é ligado à Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (Renila) e questionamos se eles sabiam como se deu esse processo, se conheciam a diferença entre a Renila e o MNLA e um deles disse que a primeira vez que ouviu falar na Renila havia sido em um evento que ocorreu em João Pessoa, em 2015, que até então nunca tinha escutado nada a respeito, “[...] porque nas reuniões do Fórum nunca se tinha discutido [...]”. Em seguida, tentamos explicar, de um modo geral, como compreendemos essa divisão, o modo como ela ocorreu, suas reverberações, e o outro estudante disse “[...] pois é, mas essa ideologia não chega até a gente”. Ao indagarmos sobre as dificuldades que eles enfrentam enquanto movimento social, esse mesmo estudante respondeu:

*O fórum é uma organização que a gente paga do nosso bolso para estar, que não tem uma estrutura física, a gente não tem financiamento, não tem gente que pense em edital, por mais que a gente tenha uma história, como você vai encontrar na sua pesquisa, falta uma vida, que é ter núcleo de pesquisa, gente que vá atrás de edital.*

O profissional que cedeu a terceira entrevista narrou que passou a ter maior engajamento com o Fórum a partir de 2007. Ele relatou que começou a ter contato com a saúde mental em 2003, através da participação no Encontro Nacional da Renila, que ocorreu em Fortaleza. Perguntamos se ele conhecia a cisão no movimento que culminou na criação da Renila e ele respondeu que não compreendia muito bem o que aconteceu. Na ocasião da entrevista, ele nos entregou um documento, disponibilizado por um militante mais antigo, e fez referência à história do Fórum Cearense dizendo que “achou legal” porque tinha sido através de “nós” que ele havia lido para a entrevista, mas que, até então, desconhecia sua existência. Disse ter comentado com outro militante do Fórum sobre esse documento e ele também não o conhecia. Depois de lermos, observamos que seu conteúdo era exatamente o mesmo presente no *blog*.

Questionamos, posteriormente, se ele conhecia algum outro movimento de luta antimanicomial cearense que não fosse o Fórum e nos respondeu:

*Tem o outro movimento, que houve o racha né? Que é ...como é? Movimento, não sei se é Movimento da Luta Antimanicomial, não sei se é, porque aqui tem um núcleo que não é da Renila. [...]. Eu não sei, Beatriz, se eles estão atuante, mas em alguns momentos eles estiveram bem atuantes.*

Essa narrativa, conjuntamente com inquietações que já estávamos sentindo acerca da possibilidade de existirem outros movimentos de luta no estado, mesmo na capital, fizeram com que buscássemos mais contatos, tentássemos realizar mais entrevistas, agora focando em pessoas que poderiam ter uma compreensão anterior à atual configuração do movimento, militantes ou ex-militantes que tivessem feito parte, de algum modo, de um momento mais inaugural do Fórum. De posse desse desejo, partimos para a realização de mais três entrevistas. Suas análises foram escolhidas para compor o último capítulo dessa pesquisa e servem para contar a história do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial.

Para garantir o anonimato dos três profissionais entrevistados, que serão as narrativas de fato utilizadas por nós para narrar essa história, bem como para ser o mais fiel possível aos

conteúdos trazidos, optamos por nos referir a eles como: entrevistado  $\alpha$  (alfa); entrevistado  $\beta$  (beta) e entrevistado  $\gamma$  (gama). As entrevistas foram realizadas de modo individual com cada entrevistado nessa mesma ordem apresentada. As letras gregas estão com uma fonte maior e em negrito para que possam ter destaque quando referenciadas. Ao longo de todo o trabalho, optamos por utilizar o termo “entrevistado”, fazendo alusão à metodologia da entrevista dialogal, mantendo o gênero sempre no masculino para garantir o sigilo dos participantes.

Nos momentos em que as falas trouxeram acontecimentos históricos distintos, tentamos organizá-las do modo mais cronológico possível, embora saibamos que esse movimento é meramente didático. Em vista disso, em alguns momentos, uma narrativa pode aparecer com mais frequência que outras, pois o tempo disponibilizado por cada um para as entrevistas e os detalhes apresentados nos conteúdos foram distintos. Vale ressaltar que as falas foram transcritas de modo literal. Tentamos escrever ao longo desse livro de modo que as narrativas de  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  e da própria pesquisadora/narradora pudessem estar em constante diálogo, por vezes em consonância, outras, com dissonâncias. Desse modo, a realização das entrevistas seguiu dois momentos. O primeiro deles com o usuário, os estudantes e um profissional, já exposto acima; e o segundo, com os três profissionais.

Antes de adiantar os achados que essas últimas narrativas nos trouxeram e que possibilitam a compreensão da história do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, faremos, entretanto, um percurso que parece ser interessante destacar. Apresentamos, primeiramente, o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil, baseando-nos nas discussões desenvolvidas por Aluísio Lima (2010), Paulo Amarante (1995), Márcia Barros e Salete Jorge (2011), Débora Brito (2014), entre outros, bem como aquilo que está presente em leis, portarias, documentos de conferências etc.

A seguir, discorreremos sobre novos movimentos sociais, tomando, para isso, principalmente, as contribuições de Maria da Glória Gohn (2007, 2008), Marco Aurélio Prado e Nadir Lara Júnior (2003), Manuel Castells (2013), David Harvey (2014), Jean Baudrillard (2004) e Michael Hardt e Antonio Negri (2005). Em seguida, reali-

zamos discussões acerca do desenvolvimento e “racha” do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, sobretudo com contribuições de Ana Marta Lobosque (2003), Lígia Lückmann e Jefferson Rodrigues (2007), Rousiley Maia e Adélia Fernandes (2002), assim como por meio de relatórios, cadernos etc. Vale salientar que as informações que trazemos neste capítulo, coletadas de fontes documentais, como bem sabemos, nunca são completamente imparciais com relação aos fatos. Nossa preocupação e cuidado, por almejarmos continuar seguindo o ofício da pesquisa, desse modo, foi tentar ler o máximo de fontes, de modo exequível, e discorrer, sempre que possível, de forma crítica, acerca do que estava sendo apresentado.

Posterior a esse momento, discorreremos sobre o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Estado do Ceará. Para isso, as discussões de pesquisadoras como Thaís Bleicher (2015), Vânia Pontes (2015), Nazaré Fraga e Natália Silva (1994) e documentos referentes a esse processo foram nossas principais bases. Por fim, apresentamos a história do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial por meio das narrativas das pessoas entrevistadas ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ) e suas articulações com os diversos documentos que tivemos acesso através do contato com os entrevistados - que foram utilizados de modo que estivessem em constante diálogo com as teorias e as narrativas.

Em tempos em que a história tem sido colocada cada vez mais de lado e presenciamos tantos retrocessos em nosso cotidiano, esperamos que este trabalho sirva de provocação ao pensamento de modo que o (a) leitor (a) possa apreciar este livro, fruto de um estudo comprometido, tanto quanto apreciamos fazê-lo.

# A reforma psiquiátrica no Brasil: sobre os avanços que arrastam os retrocessos

“[devemos] colocar concretamente em discussão os processos que impedem o homem de viver e de expressar suas próprias necessidades em um mundo de repressão e de violência: a miséria imaterial e não apenas material, a exclusão, a marginalização, a existência de uma racionalidade que define, divide, controla, classificando tudo que não lhe assemelha, ou seja, que tutela o mundo produtivo de tudo que ‘atrapalha’; a norma que domina e organiza o conflito fazendo desaparecer o polo mais frágil” (BASAGLIA, 2015, p. 26).

**N**o governo de Juscelino Kubitschek, que durou de 1956 a 1961, iniciou-se a chamada modernização brasileira, em que o capitalismo monopolista se desenvolveu através da industrialização dominada pelo capital estrangeiro. Com isso, a relação entre o Estado e a instituição psiquiátrica sofreu transformações. Por influência norte-americana, o Brasil, após a publicação do Decreto nº 49.974-a, de 21 de janeiro de 1961,<sup>1</sup> promoveu uma nova reforma psiquiátrica, pelo menos teoricamente. Esse documento assinala uma mudança diante da necessidade da internação dos chamados alienados e psicopatas como elemento imprescindível para a manutenção da ordem social, havendo um incentivo à progressiva desinternação desses sujeitos.

---

<sup>1</sup> Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.



As políticas com referência à saúde mental deveriam estar voltadas à prevenção de doenças, à redução dos internamentos em estabelecimentos manicomial e à promoção de saúde mental em meio às comunidades e à família, ou seja, nos espaços em que a produção das doenças mentais ocorria. Em casos extremos, a assistência deveria ser realizada em anexos psiquiátricos em hospitais gerais. De acordo com o Artigo 77, “somente poderá ser efetivada a internação em estabelecimento nosocomial destinado ao tratamento de doenças mentais, e como tal registrado, o doente que após a indispensável observação e elucidação do diagnóstico, for reconhecido como doente mental” (BRASIL, 1961, p. 112).

Entretanto, como afirma Aluísio Lima (2010, p. 93, grifo do autor), “vai se tornando cada vez mais aparente que a reforma psiquiátrica [...] apenas promoveu a simples substituição do termo ‘doença mental’ por ‘saúde mental’ e efetuou um *upgrade* na tecnologia psiquiátrica tradicional”. Isso demonstra que o projeto de desinstitucionalização, que não passou de desinternação, proposto a partir de 1961, não foi resultado de nenhum movimento social, pelo contrário, foi mais uma estratégia de ajuste político e econômico.

O Código Nacional de Saúde deveria ter garantido a redução das internações psiquiátricas e a ampliação da assistência à comunidade, contudo o que se sucedeu foi o contrário, ocorrendo exatamente nesse período uma grande expansão dos manicômios no Brasil. Lembremos que o País passava por um período de modernização, oferecendo condições para que empreendimentos privados se instalassem com facilidade. Tamanha era a contradição vivenciada no campo da saúde mental, que o Decreto nº 22.561 concedia favores fiscais para hospitais que fossem construídos em território nacional. Em seu Artigo 3º, para que as vantagens previstas fossem obtidas, era necessário que os hospitais construídos tivessem, no mínimo, duzentos leitos psiquiátricos (BRASIL, 1947). Em *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso*, publicado em 2010, Lima chama a atenção, entre outras coisas, para o crescimento considerável do número de hospitais psiquiátricos no Brasil ao longo dos anos. Segundo essa pesquisa,

Em 1941, em meio à Segunda Guerra Mundial, existiam 65 hospitais psiquiátricos no Brasil (31 pertenciam à rede pública e 34 à privada). Após o Plano Salte,<sup>2</sup> mais precisamente em 1961, existiam 140 hospitais (54 públicos e 86 privados). Nos 10 anos que seguiram, em que ocorreu a maior privatização dos serviços de saúde da história brasileira, em todo território nacional existiam 340 hospitais (63 públicos e 277 privados). Entre os anos de 1971 e 1981 nenhum hospital público foi aberto, ao passo que o número de hospitais psiquiátricos privados passou de 277 para 362 (LIMA, 2010, p. 97).

Diante disso, fica claro que a história das reformas da saúde mental no nosso país vem se concretizando desde o início do século XX e que, como apresenta Lima (2010, p. 98), isso seguiu dois caminhos após 1960: a do fortalecimento dos manicômios privados e a do aumento da intervenção psiquiátrica na comunidade, tendendo ao que ele chama de “psiquiatrização do social”, em que caberia ao psiquiatra se responsabilizar e treinar os agentes não profissionais, como vizinhos e líderes comunitários etc., acerca das questões que envolvem saúde mental e adaptação social.

Para Paulo Amarante (1995), o episódio conhecido como “Crise da Disam” (Divisão Nacional de Saúde Mental – órgão federal que administrava a política de saúde mental no Brasil) foi o marco inicial da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. Essa “Crise” foi causada por uma greve, em 1978, de profissionais, na sua maioria bolsistas, que trabalhavam em péssimas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, mais especificamente no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Hospital Pinel, na Colônia Juliano Moreira e no Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, de modo que esse fato se manteve, por cerca de oito meses, ganhando repercussão na mídia e denunciando as ameaças enfrentadas pelos trabalhadores, além da violência sofrida pelos internos, que iam de agressões até mortes.

Esse fato mobilizou profissionais de outras unidades, recebendo apoio do Movimento de Renovação Médica (Reme) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), dando início a uma sucessão de reuniões, ocupando espaços de sindicatos e entidades da sociedade civil. Dentro

---

<sup>2</sup> Plano Salte (Saúde, Alimentação, Trabalho e Energia) foi um plano econômico lançado pelo governo de Eurico Gaspar Dutra. Os gastos foram mal elaborados, tendo sido mais uma tentativa frustrada desenvolvimentista do governo.

desse cenário, denunciando a falta de recursos das unidades, reivindicando melhorias para os trabalhadores, lutando por propostas de transformação da assistência psiquiátrica, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1995).

O MTSM nasce, então, objetivando ser “um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 1995, p. 52, grifo do autor). Vale salientar que as reivindicações iniciais foram voltadas para a regularização da situação trabalhista, ao mesmo tempo que almejavam humanização dos serviços, mostrando que esse movimento oscilava entre a busca por transformação psiquiátrica, de um lado, e por organização corporativa, de outro.

Em 1979, ano seguinte da “Crise”, na cidade de São Paulo, ocorreu o I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que apontou, entre outras coisas, para a necessidade de uma organização que visasse à maior participação de técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pelas execuções das políticas de saúde mental, tendo sido aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pelas reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão.

Em Salvador, um ano depois, ocorreu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, com a temática “Possibilidades Práticas no Campo da Saúde Mental”. O relatório final desse encontro apresenta como foco de algumas moções de apoio: a luta pela democratização da Associação Brasileira de Psiquiatria, que deveria passar pela reforma de estatutos; a luta contra a privatização da medicina; a participação dos técnicos e da população pela defesa dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.

Importante observar que, a partir de 1985, uma parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental, bem como a direção de importantes hospitais públicos, estavam sendo conduzidos por ativistas do MTSM que, principalmente no estado de São Paulo, tiveram suas ações fortalecidas após a criação de um Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido após o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo.

Em pleno contexto reformista, aconteceu, em Brasília, no ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o seu relatório final (BRASIL, 1986), ela contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, ficando evidente que as modificações necessárias para a saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação mais profunda, ampliando a própria concepção de saúde e sua correspondente ação institucional, sendo necessário rever a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, o que convém chamar de Reforma Sanitária. Esse documento é apresentado dividindo-se nos temas: saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. Foi a primeira vez que uma conferência teve participação popular e caráter de consulta, resultado de conferências anteriores que vinham ocorrendo em vários estados do Brasil. Apresentaremos, a seguir, alguns outros marcos históricos que evidenciaram o caráter de desinstitucionalização que se iniciava nessa segunda metade da década de 80.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, no Rio de Janeiro, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, discutiu, segundo seu relatório final (1988), os temas “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental”; “Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental”; “Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”. Essa conferência marcaria um momento histórico para o processo da reforma psiquiátrica brasileira, o início do distanciamento entre o MTSM, de um lado, e a Disam e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) de outro. Estas desejavam dar ao evento um caráter eminentemente congressista, ao passo que o MTSM, com significativa renovação teórica e política, desejava seguir o modelo da 8ª Conferência, de cunho mais participativo, aproximando-se cada vez mais dos usuários e familiares.

Em dezembro desse mesmo ano, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, que foi realizado na cidade de Bauru (SP), com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Houve, apresentado por autores como Amarante (1995), Barros e Jorge (2011) e Brito (2014), uma ruptura à saída do MTSM do campo exclusivamente assistencial, ultrapassando-o estrategicamente. Esse movimento passou a per-

ceber a inviabilidade da mera transformação das instituições, apoiando que “[...] a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser levada à sociedade” (AMARANTE, 1995, p. 81), influência também dos pensamentos de Franco Basaglia que já estavam ganhando espaço nas discussões nacionais. Nesse contexto,

A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e 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, 1995, p. 94).

Amarante (1995) assinala que esse congresso focou suas discussões em três eixos: por uma sociedade sem manicômios; organização dos trabalhadores em saúde mental e, por fim, análise e reflexões das práticas concretas. Durante o II Congresso, foi criado o “Manifesto de Bauru” que, de acordo com Silva (2003), constituiu-se em um documento que marcou a fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, contando com a participação de associações de usuários e familiares, como “Loucos pela Vida”, de São Paulo, e a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (Sosintra), do Rio de Janeiro. O processo da reforma passou, então, a ser um movimento mais amplo, contando com a participação de novos atores envolvidos com a luta antimanicomial. Esse movimento experimentou profunda, significativa e radical transformação, pois deixou de ser uma entidade predominantemente de técnicos e tornou-se um movimento social mais amplo. Embora o objetivo não estivesse centrado na transformação tecnocientífica do modelo assistencial, começou a focalizar a necessidade de construção de um novo lugar social para a questão da doença ou do sofrimento mental. Pretendia-se envolver a sociedade na construção de novas formas sociais para lidar com as pessoas com TMs (BARROS; JORGE, 2011).

Como assinala Lima (2010), é preciso destacar também a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Brasil, denominado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que foi inaugurado em 1987, em São Paulo. Luiz Cerqueira foi consi-

derado um dos precursores do movimento da reforma psiquiátrica e a fundação desse CAPS influenciou consideravelmente a criação e a transformação de muitos dispositivos de saúde mental em todo o País.

Em maio de 1989, mediante constatação de óbitos e das piores barbaridades, a prefeitura de Santos, em São Paulo, ordenou o fechamento da Casa de Saúde Anchieta. Amarante (1995, p. 83) assinala que isso “possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial”. O espaço do antigo hospício foi redefinido em parceria com o município e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), associações, cooperativas, entre outras instituições. Essas duas experiências “bem-sucedidas”, conforme ressalta Lima (2010), são vistas como marcos inaugurais da reforma psiquiátrica que vivemos até o presente momento.

Em 1989, o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, foi apresentado com o objetivo de impedir a construção e a contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, de fomentar a utilização de recursos públicos para a construção de equipamentos substitutivos ao hospital e de comunicar às autoridades judiciais sobre as internações compulsórias. Esse projeto de Lei regulamentou o direito do doente mental com relação ao seu tratamento e apontou para a extinção progressiva dos manicômios privados e públicos e a substituição deles por recursos de atendimento que não fossem manicomiais. Nesse contexto, as questões da loucura, da assistência psiquiátrica e dos manicômios estavam invadindo as discussões nacionais e, por estímulo desse projeto de lei, nove leis estaduais entraram em vigor desde 1992, prevendo substituições progressivas da assistência no hospital psiquiátrico por outros serviços.

A Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos pela rede de atenção integral em saúde mental, determinando, ainda, regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, principalmente quanto às internações compulsórias (BRASIL, 2004).

No estado do Ceará, a Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993, proposta pelo deputado Mário Mamede, determina a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Cabe aqui pontuar que a reforma cearense será melhor trabalhada no capítulo seguinte.

De acordo com o Art. 1º dessa lei:

Fica proibido no território do estado do Ceará a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais [...]. No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, os hospitais psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente lei. [...] O Conselho Estadual de Saúde, quando da adaptação dos hospitais existentes, observará, sempre que possível, critérios de atendimento a que os hospitais psiquiátricos se destinavam (BRASIL, 2004, p. 28).

Em Pernambuco, no dia 16 de maio de 1994, como assinala a Legislação em Saúde Mental (BRASIL, 2004), a Lei nº 11.064 estabelece a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, salientando os direitos do cidadão portador de transtorno psíquico e deveres daquele estado, bem como substituição progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos.

No Rio Grande do Norte, em 4 de janeiro de 1995, foi sancionada a Lei nº 6.758, tornando proibida a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no território daquele estado, sendo permitidas obras nos hospitais já existentes somente quando visassem melhorias, modernização e adequação das estruturas e instalações, mediante autorização da Secretaria de Saúde (BRASIL, 2004).

A Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, do estado de Minas Gerais, dispõe sobre a promoção de saúde e reintegração social do portador de sofrimento mental, determinando a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes, regulamentando as internações, especialmente as involuntárias. Nesse sentido, o Art. 1º dispõe que toda pessoa portadora de sofrimento mental terá direito a tratamento constante de procedimentos terapêuticos com objetivo de

manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade (BRASIL, 2004). Com algumas alterações, em 1º de dezembro de 1997, essa lei foi alterada, passando a ser a Lei nº 12.684.

Deliberando sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais, o estado do Paraná decretou a Lei nº 11.189, em 9 de novembro de 1995. “A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico [...], bem como informações que assegurem ao internado [...] manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão” (BRASIL, 2004, p. 53).

Em 12 de dezembro de 1995, no Distrito Federal, foi sancionada a Lei nº 975 que preceitua, entre outras coisas, a atenção ao usuário dos serviços de saúde mental, assegurando os direitos de: tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação; proteção contra qualquer forma de exploração; espaço necessário a sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis a sua recuperação; acesso às informações registradas sobre ele e integração à sociedade (BRASIL, 2004).

No ano seguinte, o estado do Espírito Santo decretou a Lei nº 5.267, em 10 de setembro de 1996, dispondo sobre os direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais, assinalando que elas devem ser informadas sobre seus direitos no ato da internação; receber visitas em particular; praticar sua religião ou crença; comunicar-se com quem desejar; ter acesso aos meios de comunicação disponíveis, bem como acesso ao seu prontuário e demais documentos a elas referentes (BRASIL, 2004).

A Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, é um outro fator relevante para a reforma psiquiátrica antimanicomial nacional, porque os países da América Latina utilizaram essa declaração como referencial para a adoção de políticas voltadas à saúde mental de acordo com o Ministério da Saúde. Foi defendida a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada à atenção básica, favorecendo a promoção de modelos alternativos centrados no seio comunitário e dentro das redes sociais. Nessa declaração, o hospital psiquiátrico provoca isolamento do paciente de seu meio, cria condições desfavoráveis que põem em pe-



rigo os seus direitos humanos e civis, absorve a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental e fomenta um ensino insuficiente vinculado às necessidades de saúde mental das populações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Como assinalado por Pereira (2003), a primeira oportunidade de encontro, em nível nacional, entre associações de usuários e de familiares, ocorreu em 1991, em São Paulo, no I Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do Brasil, que abordaremos melhor a seguir. No ano seguinte, foi implantada a Portaria nº 224/1992 objetivando atender aos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade (BRASIL, 1992), propostos na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080, de 1990.

No mês de dezembro de 1992, ocorreu, em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “A Reestruturação da Saúde Mental no Brasil”. No Relatório Final (1994), é apresentado que o processo saúde/doença mental deve ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, em que qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades. Nesse sentido, é necessário construir

[...] mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico; diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental; uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p. 6).

Para Amarante (1995), embora essa conferência não tenha respeitado as decisões e os encaminhamentos da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ela foi um processo extremamente rico. Ao longo de suas três fases (municipal, estadual e nacional), foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira voltada à desinstitucionalização e à luta antimanicomial.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em dezembro de 2001 e trouxe como foco “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Ela reafirmou os princípios do processo da reforma psiquiátrica brasileira, contando com ampla participação social em suas etapas preparatórias. Foram desdobramentos dessa conferência as Portarias nº 251/2002 e nº 336/2002 que estabeleceram, respectivamente, as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos, definindo e estruturando a porta de entrada para as internações psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a regulamentação para o funcionamento dos CAPS. Como exposto no seu Relatório Final (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 23), as “políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais [...] visando garantir o exercício pleno da cidadania”.

Ainda hoje, o mais importante documento, resultado do projeto de lei apresentado em 1989, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p. 1), é a Lei nº 10.216, promulgada em 2001. Ela torna seguro à pessoa portadora de transtorno mental, pelo menos hipoteticamente, acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; tratamento com humanidade e respeito, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, na comunidade e no trabalho; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; garantia de sigilo nas informações que presta; presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber informação a respeito de sua doença; tratamento em ambiente terapêutico com os meios menos invasivos possíveis, entre outros (BRASIL, 2001).

Aqui cabe um “parêntese”. Nesses doze anos, desde a aprovação do projeto de lei, do deputado Paulo Delgado, até a Lei nº 10.216/2001, ocorreram muitas lutas e elas estão diretamente relacionadas com os *lobbies* políticos liderados por empresários proprie-

tários de hospitais psiquiátricos que exerciam grande pressão para a manutenção dessas estruturas. Como exemplo, podemos citar a notícia intitulada “*Lobby* ameaça projeto contra manicômios”, de 26 de novembro de 1995, que diz claramente que os donos dos manicômios convenceram o Senado a rejeitar o projeto que já havia sido aprovado pela Câmara dos Deputados. Essa notícia do *Jornal do Brasil* traz que, naquela época, o setor psiquiátrico era responsável pelo segundo maior orçamento do Ministério (R\$ 360 milhões naquele ano) e grande parte dessa verba se destinava ao pagamento das internações através do SUS (LOBBY..., 1995).

Embora a Portaria nº 224/1992 faça referência aos CAPS como dispositivos de atenção em saúde mental, foi somente com a Portaria nº 336/GM, de 2002, que as modalidades dos CAPS foram regulamentadas, definidas por complexidade e abrangência populacional, como conhecemos atualmente: CAPS I, com atendimento para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes; CAPS II, entre 70 e 200 mil pessoas; CAPS III, acima de 200 mil habitantes; CAPSi, para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se em referência para uma população acima de 200.000 habitantes e CAPS AD, para atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade para atendimento em municípios que têm acima de 100.000 habitantes (BRASIL, 2004b).

Mediante a Portaria nº 154, do ano de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), objetivando ampliar a abrangência e o escopo da atenção básica, a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) trouxe como temática “Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários”. Defende que é preciso convocar e mobilizar a sociedade na perspectiva de construir uma cultura de diretrizes humanas e não discriminadoras dos portadores de transtornos mentais. Denuncia a fragilidade da presença dos CAPS III e os recursos de abordagem das situações de crises e emergências na rede substitutiva que comprometiam, e afirmamos aqui que ainda comprometem, seriamente o êxito social da reforma psiquiátrica.

As várias pautas desenvolvidas nessa conferência assinalam a pouca efetividade da Lei nº 10.216/2001 que estaria longe de ser uma realidade para a maioria da população brasileira que necessita desse recurso para assegurar condições de saúde e sociabilidade em seu projeto de vida. Faz-se necessário haver com urgência uma revisão das bases em que se apoiam os dispositivos institucionais e conceituais quanto à relação da justiça com a loucura, tomando como referencial as experiências do dia a dia.

Os movimentos sociais de luta antimanicomial, em meio a esses eventos, aparecem, no geral, como reivindicadores de direitos dos usuários, como espaços de expressão e de luta pela efetivação de leis, portarias etc., advindos de um processo histórico singular em um país pós-colonial, que é o Brasil, e que, antes de tudo, precisa tentar superar a herança que carrega de uma série de retrocessos.

# A crise do movimento de luta antimanicomial no Brasil: da luta comum à dissidência

“[...] a escolha do historiador é claramente circunscrita: ele pode não falar de uma papelada cientificamente insignificante. Ele pode falar dela para explicar por que não tem de levá-la em consideração. Pode, enfim, refazer a narrativa daquilo que ela diz” (RANCIÈRE, 2014, p. 37).

**O**s movimentos sociais são vistos como ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas. Essas formas adotam diferentes estratégias desde denúncia, pressão direta — através de mobilizações, marchas, concentrações, atos de desobediência civil etc. — até pressões indiretas. Os movimentos sociais sempre existirão porque representam forças sociais organizadas que aglutinam as pessoas como campo de atividades e de experimentação social e essas atividades geram criatividade e inovações socio-culturais (GOHN, 2007). Eles surgem, portanto, segundo Gohn (2008), das relações de conflitos existentes na luta por autorrealização e reconhecimento dos indivíduos envolvidos.

A autora assinala que, no “início desse novo milênio, os movimentos sociais estão retornando à cena e à mídia” (GOHN, 2007, p. 16). Sobre isso, quatro aspectos são destacados: as lutas de defesa das culturas locais contra os efeitos de devastação da globalização; as reivindicações éticas na política e a vigilância sobre a atuação do

estado/governo; a cobertura dos movimentos em áreas do cotidiano de difícil penetração por entidades ou instituições ligadas aos partidos políticos, sindicatos e igrejas; e, por fim, a constituição dos movimentos de um entendimento sobre a questão da autonomia diferente do que existia nos anos 80.

Ter autonomia, atualmente, não é estar isolado ou agir sem o Estado, mas atuar tendo projetos e pensar os interesses dos grupos com autodeterminação, planejar estrategicamente metas e programas, criticar ao mesmo tempo que ter a proposta de resolução, ter flexibilidade para incorporar aqueles que possuem interesse em participar, priorizar a cidadania, ter pessoas capacitadas para representar os movimentos nas negociações, nos fóruns de debate, nas parcerias de políticas públicas etc. (GOHN, 2007).

Ao falar de associativismo, a autora assinala, fazendo distinção entre o “associativismo predominante nos anos 90” e o que ela denomina de “novo associativismo” como este sendo “mais positivo, operativo e menos reivindicativo - produz menos mobilizações ou grandes manifestações, é mais estratégico” e o conceito básico dele é o de “Participação Cidadã”, conceito amplo de cidadania que não se restringe ao direito ao voto, mas à vida do ser humano como um todo (GOHN, 2007, p. 17-18).

Um outro conceito importante para se compreender movimentos sociais diz respeito à identidade coletiva. Os autores Prado e Lara Júnior (2003) assinalam que ela garante uma continuidade da experiência do “Nós” revelando o pertencimento a um determinado grupo. Esse sentimento de pertença é muito importante para que um processo de mobilização se desenvolva. A identidade coletiva define possíveis práticas cotidianas para a constituição de redes sociais, contudo o mais importante dela é o compartilhamento de valores e crenças que definem uma cultura política do grupo mediando a relação com demais grupos.

Segundo Gohn (2007), a partir da década de 90 surgiram outras formas de organização popular, mais institucionalizadas. Os fóruns são exemplos disso ao estabelecerem práticas de encontros nacionais em larga escala, diagnosticando problemas sociais, definindo metas para solucioná-los. À medida que as políticas neoliberais foram avançando, surgiram outros movimentos sociais, como movi-

mentos de desempregados e ações de aposentados ou pensionistas da previdência. As lutas de categorias profissionais emergiram também nesse contexto de crescimento da economia informal. Algumas dessas ações coletivas atuavam muito mais para pressionar e exigir respostas à crise socioeconômica do que como movimentos sociais estruturados.

Grupos de mulheres foram organizados nos anos 90 em função de sua atuação na política, criando redes de conscientização de seus direitos e frentes de lutas contra as discriminações. O movimento dos homossexuais também ganhou impulso e as ruas organizando passeatas e atos de protestos [...]. O mesmo ocorreu com o movimento afro-brasileiro que deixou de ser quase que predominantemente movimento de manifestações culturais para ser também movimento de construção de identidade e luta contra a discriminação racial (GOHN, 2007, p. 21).

Assim como Castells (2013), acreditamos que os movimentos sociais foram e continuam a ser alavancas para mudanças sociais. Geralmente eles se “originam de uma crise nas condições de vida que torna insustentável a existência cotidiana para a maioria das pessoas. São induzidos por uma profunda desconfiança nas instituições políticas que administram a sociedade” (CASTELLS, 2013, p. 161). A mudança social envolve ações individuais e/ou coletivas e é emocionalmente motivada em sua essência.

O perfil dos movimentos sociais se alterou na virada do novo milênio porque houve uma mudança na conjuntura política, o que fez com que eles se redefiniram em função disso. Nesse sentido, ao longo dos anos 90, os movimentos sociais, de um modo geral, tiveram que abandonar algumas posturas e adotar outras mais ativas. A nova fase exigiu práticas novas, qualificação dos militantes e modificação nas relações (GOHN, 2007).

Como assinala Harvey (2014), grande parte desses movimentos acontecem nas cidades, que são importantes espaços de ação e revolta política. Compreender as características de cada lugar, a reengenharia física, social e a organização territorial de cada espaço é muito importante para entendermos que eles podem funcionar como armas para as lutas políticas.

Costumamos, muitas vezes, denominar “fenômenos” sociais de modo errôneo por desconhecermos suas semelhanças e dife-

renças. Nesse sentido, cabe trazer a contribuição de Baudrillard (2004), apresentada no livro *À sombra das maiorias silenciosas*. No texto, ele expõe sobre a “massa”, fenômeno característico da modernidade altamente implosivo e irredutível a teorias e práticas. Diferentemente do que trouxemos como características dos movimentos sociais, os sujeitos só se comportam como massa quando

[...] estão liberados de suas obrigações simbólicas, “anulados” (presos nas infinitas “redes”) e destinados a serem apenas o inumerável terminal dos mesmos modelos, que não chegam a integrá-los e que finalmente só se apresentam como resíduos estatísticos. A massa é sem atributo, sem predicado, sem qualidade, sem referência. Ela não tem “realidade” sociológica. Ela não tem nada a ver com alguma população *real*, com algum corpo, com algum agregado social específico (BAUDRILLARD, 2004, p. 11-12, grifo do autor).

Um outro “fenômeno” importante de ser apresentado é a “multidão”. Os autores Hardt e Negri (2005) assinalam que na multidão nunca existe qualquer obrigação a princípio em relação ao poder. O direito de desobediência e o de diferenciação são fundamentais. “A constituição da multidão baseia-se na constante possibilidade legítima de desobediência” (HARDT; NEGRI, 2005). A obrigação surge no processo decisório como consequência de sua vontade política ativa e aquela só dura enquanto essa existir.

Desse modo, depois de termos feito essas breves diferenciações, consideramos os movimentos de luta antimanicomial como uma das possíveis expressões da complexidade e heterogeneidade que envolvem os diversos movimentos sociais, entendidos enquanto “redes de ações que desenham uma estrutura submersa, um mosaico formado por indivíduos e grupos que, em estado de latência, gestionam, no cotidiano, as lutas, as reflexões e os questionamentos acerca da realidade social” (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 3).

São inúmeros os desafios que perpassam a consolidação e o apoio aos movimentos de luta antimanicomial, que vão desde interesses políticos e econômicos até a falta de compreensão dos familiares que, muitas vezes, veem os doentes mentais como sujeitos que “só dão trabalho”, perigosos, impossibilitados de conviver em sociedade. Manifestações como as que ocorreram em março de



1992, no Rio de Janeiro, em que 200 familiares protestaram contra a redução dos leitos nos hospitais, ou, ainda, o relato dos diretores e assistentes da clínica conveniada Dr. Eiras e do Hospital Psiquiátrico do Juqueri que a grande maioria dos pacientes que receberam alta permaneceram no hospital por não terem para onde ir, exemplificam a nossa fala.

No ano de 1993, como consolidação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), ocorreu o I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em Salvador, com o tema “O Movimento Antimanicomial como Movimento Social”. Nesse encontro foi elaborada uma carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental.

De acordo com o I Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado pelo núcleo de estudos pela superação dos manicômios, esse evento contou com a participação de 480 pessoas entre psicólogos, psiquiatras, usuários e técnicos, tendo sido discutidas, sobretudo, a formulação de diagnósticos sobre a situação de sofrimento do doente mental, a possibilidade de implementar novas práticas terapêuticas, além de ser fundamental a mudança das representações simbólicas do doente mental na sociedade. “Precisa ficar claro que não é proteção dos excluídos que propomos, mas relações de troca que respeitem as diferenças, possibilitando a transformação legítima das relações” (ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993, p. 15). Além disso, foram formados núcleos locais e independentes que poderiam se articular em âmbito municipal ou estadual, bem como foram acordados diretoria executiva e encontros a cada dois anos (LOBOSQUE, 2003).

Com o tema “Cidadania e Exclusão”, ocorreu em Belo Horizonte, em 1995, o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. Como exposto no relatório desse encontro (1995), realizado pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, houve um esforço do movimento em reconhecer as formas de opressão sofridas pelos doentes mentais na tentativa de definir os danos experimentados por eles. As discussões em núcleos desse encontro foram voltadas para: exclusão na cultura; exclusão no trabalho; exclusão na assistência e exclusão no direito.

Para Maia e Fernandes (2002, p. 163),

Distinguir entre formas de exclusão significa tomar consciência das diferenças, de maneira a reconhecer o jogo de forças que organizam o campo de suas constituições simbólicas. [...] o movimento tem melhores condições de promover uma progressiva “politização das diferenças”, isto é, uma contestação das visões padronizadas na cultura majoritária ou dos déficits das regras formais que regulam as relações sociais. Os problemas passam a ser endereçados a diferentes atores sociais: pessoas, grupos ou organizações são chamados a responder. Desloca-se o foco das relações internas do grupo, no caso os trabalhadores da saúde mental, os familiares e os pacientes, para aquelas relações que se dão nas fronteiras entre os grupos, os campos e os subsistemas.

Dois anos depois, 1997, em Porto Alegre, foi organizado o III Encontro da Luta Antimanicomial com o tema: “Por uma sociedade sem exclusões”. O movimento tentou buscar apreender, de modo mais direto, os problemas envolvidos nas reivindicações que fazia. Para isso trabalhou com cinco temas gerais: Legislação; Cultura; Trabalho; Formação e Capacitação; e Assistência às Crianças, Adolescentes e Adultos. Isso possibilitou que os problemas envolvidos em cada um deles fossem identificados de modo mais específico, bem como suas possíveis soluções. Foi proposto o fim imediato dos leitos psiquiátricos destinados a crianças e adolescentes, sendo sugerido que fossem atendidos em hospitais gerais com pediatras e com acompanhantes da família. De modo geral, houve compreensão que a integração social seria o melhor caminho para se trabalhar com a saúde mental (ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1997).

Embora as questões discutidas sobre o fim da violência e o tratamento digno para os pacientes tenham sido bem aceitas pelo senso comum, a proposta de extinção dos manicômios enfrentou muita oposição dos donos de hospitais e clínicas de saúde mental. A integração dos doentes mentais em ambientes sociais e a autonomia para decidir sobre a própria internação são temas altamente polêmicos, como assinala Maia e Fernandes (2002).

Aqui vale uma breve explicação do contexto, em termos econômicos, que enfrentávamos. O Ministério da Saúde, em 1992, lançou a campanha “Doença mental não é crime”, visando à conscientização

da população contra os preconceitos com relação ao doente mental, tendo como política geral o tratamento de pacientes psiquiátricos em ambulatórios, extinguindo, gradativamente, as internações. Ao passo que o Ministério da Saúde recusava a ampliação dos leitos manicomial, os governos estaduais intensificavam as inspeções sanitárias, as denúncias de maus tratos e o fechamento de clínicas por estarem em condições precárias, tornando-se explícita a luta com os donos de clínicas privadas e hospitais conveniados que recebiam uma taxa diária do próprio Estado por doente mental internado. Ou seja, ora a política do governo favorecia o processo de reforma manicomial, ora beneficiava os donos de clínicas e grupos de psiquiatria ortodoxa (MAIA; FERNANDES, 2002).

Em Alagoas, no ano de 1999, sucedeu o IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), organizado pelo Núcleo Estadual de Saúde Mental de Alagoas e pela Secretaria Executiva do Movimento, apresentando como temática central: “Novas formas de produção de sentido”, que foi abordada em mesas-redondas e grupos de trabalhos por meio dos seguintes eixos: Sujeito; Estado e Cidades; Serviços Residenciais; Cooperativas Sociais; Práticas Assistenciais e Financiamento.

O Relatório do IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (1999) apresenta, ainda, como algumas das diretrizes propostas: evitar o uso exagerado de medicação, substituindo-a pela ação, atenção, cuidado, respeito e afeto no acolhimento do portador de transtorno mental; garantir o lazer, a ocupação e a atenção aos usuários por meio da música, dança, jogos e atividades da vida diária; ampliar a rede de serviços substitutivos nos municípios, permitindo a absorção progressiva dos usuários dos hospitais psiquiátricos etc.

Lückmann e Rodrigues (2007) destacam que alguns problemas relacionados à organização do Movimento da Luta Antimanicomial ficaram mais evidentes nos anos seguintes. O V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Miguel Pereira, entre os dias 17 a 21 de outubro de 2001, no Rio de Janeiro, trouxe como tema: “Como estamos? O que queremos? Para onde vamos?” Esse evento apresentou como símbolo a escultura “O Grito”, referente ao eco do “grito” dos usuários, de Alexandre Bellagamba, usuário e militante ativo do movimento antimanicomial do Rio de Janeiro.

Embora, como exposto no Relatório do V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (2001), tenha se buscado reafirmar a “cara” do movimento, o que se pôde ver foi que ele terminou em uma plenária que não foi possível deliberar nem mesmo sobre a composição da próxima Secretaria Executiva Nacional e os representantes da Comissão Intersectorial de Saúde Mental, deflagrando, assim, uma “crise”, dando indícios de uma divisão no interior do próprio movimento. Na tentativa de dar continuidade ao V Encontro, militantes do movimento de vários estados reuniram-se em plenária nacional, em São Paulo, no dia 9 de março de 2002. Contudo, por ainda ter ficado inconclusa, optou-se pela realização da II Plenária Nacional em agosto do mesmo ano.

Os autores Lückmann e Rodrigues (2007, p. 6) assinalam que entre a I e a II Plenária Nacional “houve uma ruptura, ou um desmembramento de algumas lideranças do MLA, resultando na configuração de uma outra forma organizativa em virtude dos conflitos acerca das formas [...] estruturantes” desse movimento. Desse modo, a divergência existente entre dois grupos fez com que houvesse um rompimento dentro do MNLA, dando origem à Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (Renila). Para Brito (2014, p. 43), a “cisão que levou à constituição da Renila foi marcada pela dificuldade de unir as discussões e os objetivos dos usuários, familiares e trabalhadores dentro do mesmo movimento”.

Nos *Cadernos da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial*, publicado em 2007, é apontado que, a partir de 2002, um conjunto de pessoas de vários estados entendeu que os fóruns organizativos do movimento da luta antimanicomial já não conseguiam encontrar formas democráticas de convívio e acordo político, fazendo com que deixassem esse movimento. Desse modo, em setembro de 2003, um conjunto de pessoas provenientes de 12 estados, incluindo o Ceará, que atuavam no MNLA, realizou o “Seminário Nacional de Saúde Mental e Direitos Humanos”, objetivando impulsionar a formação de um polo de intervenção que se organizasse em rede em nível nacional e local.

Em 7 de dezembro desse mesmo ano, representantes de 15 núcleos da luta antimanicomial reuniram-se em Brasília e fundaram a Renila, realizando seu primeiro encontro nacional, em dezembro

de 2004, em Fortaleza, no estado do Ceará, contando com lideranças expressivas de profissionais, usuários e familiares.

A Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial, fundada em dezembro de 2003, tem como empreendimento fundamental a radical transformação das relações entre loucura e sociedade, combatendo todas as figuras de aprisionamento e exclusão dos chamados loucos, para conquistar seu acesso ao pleno exercício da cidadania [...] A real participação dos portadores de sofrimento mental, nos núcleos locais como em âmbito nacional, como porta-vozes de suas questões e protagonistas da luta por seus direitos, é característica essencial e definidora da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2007, p. 3-4).

O VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial aconteceu em São Paulo entre os dias 8 e 12 de outubro de 2005, trazendo como tema: “Autonomia do movimento: fortalecendo ideias, revendo práticas”, organizado pelo Fórum Paulista de Luta Antimanicomial e pelo Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. De acordo com o relatório desse VI Encontro (2005), as discussões centrais foram divididas em 12 grupos de trabalho, sendo eles: Atenção Básica; Residências Terapêuticas e Moradia; Hospitais Psiquiátricos; Trabalho e Geração de Renda; CAPS; Centros de Convivência; Atenção à Infância e Adolescência; Atenção à Dependência de Álcool e Drogas; Saúde Mental no Hospital Geral; Saúde Mental e Justiça; População em Situação de Rua; e Benefícios Sociais. Nesse mesmo documento foram elaboradas denúncias com relação à saúde mental e várias moções propositivas e de repúdio.

A partir desse momento, percebemos que os Encontros Nacionais aconteceram concomitantemente com os Encontros dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial e acreditamos que isso se deu pela escassez de recursos disponíveis. Portanto, por uma questão didática, apresentaremos, primeiramente, os Encontros de Usuários e Familiares, a fim de, mais à frente, retomarmos ambos juntos. É importante assinalar as dificuldades que encontramos para ter acesso aos documentos produzidos nos Encontros de Usuários e Familiares, visto que nem todos estão disponíveis *online*, nem foram encontrados citados de forma cronológica e citados em referências nos artigos encontrados.

O I Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, realizado na cidade de São Paulo, ocorreu em 1991, configurando-se como a primeira oportunidade de associação de usuários e familiares se reunirem em âmbito nacional (PEREIRA, 2003). Nesse mesmo ano, foi fundada a Associação Franco Rotelli, envolvendo usuários, familiares e profissionais que visavam transformar e criar alternativas à cultura manicomial, bem como a Associação dos Usuários de Saúde Mental (Assusam). Dois anos depois, em 1993, como assinalamos mais acima, ocorreu o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, tendo como um dos espaços mais significativos uma reunião plenária nacional de usuários e familiares, contando com mais de 100 participantes. Esse fato teve como consequência o estabelecimento do II Encontro Nacional de Usuários e Familiares para dezembro do mesmo ano.

Vale assinalar que Silva (2003) faz referência à “Carta de Direitos dos Usuários”, aprovada em 1993, apontando que ela surgiu durante o II Encontro Nacional de Usuários e Familiares, que ocorreu no Rio de Janeiro, em 1992. Entretanto, de posse dessa carta, observamos que ela, na verdade, veio como resultado do III Encontro. Esse III Encontro Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial trouxe como temática: “Brasil sem manicômios no ano 2000”, que produziu a “Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental”. Através dela, os usuários e familiares argumentam que:

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais [sic] dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos. **Queremos ser autores do nosso próprio destino. Desejamos a verdadeira integração na sociedade. Direitos sociais.** A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em sua realidade psicológica, existencial, social e política. A assistência à Saúde Mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá, em hipótese alguma, justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania. Todos os usuários têm direito à liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano, com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela constituição de

seu país. Não deverá haver discriminação e preconceito ao usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral. [...] O usuário, na medida do possível, deve cuidar de sua higiene pessoal, administrar o uso de sua medicação juntamente com seus terapeutas e familiares [...] O familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente (ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993, p. 1-3, grifos do autor).

Sobre o IV Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, o que obtivemos de informação é que ele ocorreu em Franco da Rocha, São Paulo, em 1996. Quanto ao V Encontro, sabemos que foi promovido pela Associação dos Usuários de Saúde Mental de Minas Gerais e pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, aconteceu em dezembro de 1998, na cidade de Betim, Minas Gerais, e houve a participação de 102 usuários, 44 familiares e 33 técnicos de dez estados brasileiros.

Nas duas plenárias que ocorreram no V Encontro, deliberaram, entre outras coisas, que o movimento da luta antimanicomial continuava defendendo a proposta de extinção dos manicômios no Brasil, tal como foi exposto no projeto apresentado por Paulo Delgado, havendo, ainda, a votação de representantes de familiares e usuários para participarem em encontros internacionais, o que evidenciava o progresso do envolvimento dessas entidades no movimento de luta antimanicomial (ENCONTRO NACIONAL DE USUÁRIOS E FAMILIARES DO MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1998).

O VI Encontro de Usuários e Familiares ocorreu em Goiânia, no ano de 2000. O VII Encontro sucedeu dois anos depois, em Xerém, no Rio de Janeiro. Como ressaltado acima, o que pudemos observar foi que, posterior a esse período, os Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial e os Encontros de Usuários e Familiares, que aconteciam desde 1991, passaram a ocorrer concomitantemente, sendo divulgados e fazendo parte da programação de um só evento.

Desse modo, em 2007, o VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e o VIII Encontro de Usuários e Familiares trouxeram como tema: “20 anos de Luta Antimanicomial: lutando por emancipação e praticando a liberdade”. Eles ocorreram em Vitória, no Espírito Santo, e foram organizados pelo Núcleo Estadual da Luta

Antimanicomial e pela Secretaria Executiva Nacional Colegiada da Luta Antimanicomial (SENC).

Com a temática “Reforma Psiquiátrica: revolução na comunidade! É hora de afirmar”, aconteceu entre os dias 26 a 29 de novembro de 2009, em São Bernardo do Campo, São Paulo, o VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e o IX Encontro de Usuários e Familiares, contabilizando 632 inscrições. Este último teve início no dia 26 de novembro com uma mesa de abertura composta por usuários e familiares da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), Secretaria Nacional Executiva (SENC) e comissão organizadora. Nesse IX Encontro, os grupos de trabalho traziam temáticas como: Cooperativismo social e geração de trabalho e renda; O cuidar do cuidador familiar; Estatuto do usuário; Defesa de direitos e defesa de direitos dos usuários de drogas.

No dia 27 de novembro teve início o VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, tendo discutido em seus eixos temáticos: consolidação e ampliação da reforma psiquiátrica; sustentabilidade da reforma psiquiátrica; atenção na área de álcool e outras drogas; sustentação social/sobrevivência e cultura e diversidade (MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2009).

Durante os dias 23 a 27 de novembro de 2011, em Angra dos Reis, Rio de Janeiro, como exposto pelo Movimento da Luta Antimanicomial (2011), aconteceu o IX Encontro Nacional da Luta Antimanicomial junto com o X Encontro de Usuários e Familiares do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, trazendo como foco “A luta antimanicomial e a intersetorialidade no contexto do SUS”.

“Os Encarceramentos e Restrições da Liberdade na Atualidade: desafios para o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial” foi o tema do X Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que aconteceu junto com o XI Encontro Nacional dos Usuários e Familiares durante os dias 29 de maio a 1º de junho de 2014, em Niterói, no Rio de Janeiro. De acordo com a “Carta Aberta do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial” (2014), durante esses quatro dias, militantes do MNLA se reuniram e compartilharam análises sobre a conjuntura da luta antimanicomial e das lutas populares no Brasil, atualizando posições e estratégias para uma sociedade sem manicômios. Sendo alguns dos pontos de discussão:



[...] Defesa radical do SUS público como política de saúde no Brasil, contra todas as formas de terceirização e privatização na saúde. Financiamento público para a saúde pública, estatal e de qualidade, socialmente referenciada e laica. [...] fim da criminalização dos movimentos sociais! [...] fortalecimento da rede antimanicomial de saúde mental. [...] Defesa da livre circulação pela cidade e ocupação dos espaços públicos com modos plurais de existência, garantindo o respeito de todas as pessoas, com todas as diferenças, escolhas e modos de vida. [...] fim imediato das eletroconvulsoterapias [Eletrochoque] de qualquer ordem (CARTA ABERTA DO MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2014, p. 8-10).

Em 30 de setembro de 2009, como exposto no *blog* da Renila, cerca de 2.300 pessoas marcharam na Esplanada dos Ministérios, em Brasília, com danças, músicas, bonecos, cartazes e faixas defendendo as formas de tratamentos substitutivas dos velhos manicômios, lutando pelo convívio social dos portadores de transtornos mentais. Os manifestantes foram recebidos em dez audiências com ministérios na Câmara e no Senado. A vitória da “Marcha” culminou na realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, como discutida anteriormente, sendo, portanto, resultado desse ato político.

De invisíveis, como bem apontou Gilberto Carvalho, chefe do gabinete pessoal do presidente da República, que recebeu 35 manifestantes, os usuários da saúde mental conquistaram lugar de cidadãos. Foram ouvidos, o governo deliberou com eles. Marcharam organizadamente, apresentaram pautas precisas, conhecedores que são da situação real das políticas públicas a eles destinadas – ou das que precisam ser criadas, como é o caso das relacionadas à subsistência, renda e economia solidária (REDE INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2009, n.p.).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial trazia como tema “Saúde mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, realizada em 2010. Nesse contexto, surgiu a Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo, devido a não convocação por parte do governo do estado de São Paulo que se recusou a participar dessa IV Conferência. Contudo, como assinalado na Carta da Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo (2012), os movimentos sociais vinculados ao Conselho Estadual de Saúde fizeram resistência a essa omissão e conseguiram organizar a “Plenária Estadual de Saúde Mental Intersetorial”, realizada em São Bernardo do Campo. Nessa Carta, é apontado que foram eleitos como prioridades,

por exemplo, que o usuário do serviço de saúde mental não seja reduzido a um diagnóstico, devendo ser visto como um sujeito de direitos; que ocorra a implementação, ampliação e fortalecimento das redes territoriais de atenção à saúde mental com diversos serviços substitutivos; que haja a garantia da efetividade dos consultórios de rua e do fortalecimento das políticas de redução de danos, entre outros.

Em fevereiro de 2012, entidades e movimentos sociais organizaram a “Frente Nacional pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas” após ter ocorrido um episódio marcado por violência policial contra usuários de *crack* e moradores de rua; ressaltaram, ainda, a incoerência do Ministério da Saúde no que se refere à reforma psiquiátrica e à defesa do SUS. Desse modo, a Frente reuniu entidades e movimentos sociais brasileiros, visando promover mudanças na política sobre drogas, garantindo a participação da população nas decisões das conferências. Ela entende que,

[...] a Política de Segurança Pública deve ser norteada pela garantia de direitos e não pela repressão policial, ações higienistas e criminalizadoras da pobreza e de populações fragilizadas. Posiciona-se contra a atual política proibicionista de drogas, contra a inclusão das comunidades terapêuticas e afins na rede de serviços do SUS e a favor da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos no acolhimento e no tratamento de usuários abusivos de drogas, em defesa dos princípios do SUS e de um Estado laico. Defende a consolidação e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de todas as políticas públicas pela inclusão e integralidade na atenção às pessoas que usam drogas contemplando ações de trabalho, habitação, educação, cultura, arte, esporte, acesso à justiça, segurança pública, saúde e assistência social (FRENTE NACIONAL DROGAS E DIREITOS HUMANOS, 2012, n.p.).

No ato intitulado “Ocupe a Assembleia Legislativa”, ocorrido em maio de 2012, em São Paulo, foi proposta a criação de uma Frente Parlamentar Antimanicomial, opondo-se às iniciativas emanadas do Poder Legislativo, que objetivava fortalecer as internações compulsórias, o financiamento público das comunidades terapêuticas e os ataques às conquistas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, apresentando projetos de leis que respeitem os princípios do SUS e da Lei nº 10.216, além de promover eventos públicos, mobilizando a sociedade para a implementação de dispositivos de atenção à saúde mental (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012).

# As peculiaridades da reforma psiquiátrica no Ceará

“O tempo possui uma direção e uma flecha. Escorre de alguma coisa para outra coisa. Na visão linear do tempo, é proibida qualquer repetição. Trabalha-se somente com eventos singulares, individuais, não repetíveis, cada um se posicionando num ponto determinado da flecha. Porém, muitos afirmaram que pedaços do passado se reapresentam no presente, dando lugar a renascimentos ou a retornos” (ROSSI, 2010, p. 129-130).

**E**ste capítulo se destina a apresentar alguns marcos históricos que consideramos ser importantes para compreender como tem ocorrido a reforma psiquiátrica no estado do Ceará.<sup>3</sup> Como expõe Taís Bleicher (2015), na década de 1960, já havia a compreensão por parte do Estado da necessidade de atendimento integral à saúde, com redefinição das atividades dos centros de saúde e incorporação das funções de diagnóstico e tratamento ambulatorial. Com o Golpe Militar que ocorreu no País, a Secretaria de Saúde do Estado foi desestruturada e a política governamental voltou-se para a medicina curativa e para as práticas clientelistas. Essa mesma autora assinala que,

---

<sup>3</sup> Para aprofundamento, sugerimos a leitura da tese de Taís Bleicher (2015) “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde”, que apresenta uma análise muito interessante acerca dos processos de saúde-doença mental e as políticas de saúde mental no Brasil e no Ceará, destinando um capítulo específico para a cidade de Quixadá, foco de sua pesquisa.

[...] a ditadura civil-militar coincide com a inauguração de grande parte dos manicômios judiciários e institutos penais brasileiros, o que se reproduz no Ceará: o Hospital Geral e Sanatório Penal Professor Otávio Lobo, em 1968; o Instituto Penal Paulo Sarasate, em 1970; o Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa, em 1974; o Instituto Presídio Professor Olavo Oliveira I, em 1978; a Colônia Agrícola do Cariri e a Colônia Agropastoril do Amanari, em 1979 (SESA, [200-?]; ESCOLA, 2014) apud BLEICHER (2015, p. 192).

Em 1966, foi fundada a Sociedade Cearense de Psiquiatria (Socep), filiada à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Isso impulsionou a implantação de leitos psiquiátricos no período de 1967 a 1984 que, segundo Jackson Sampaio (1988), era seis vezes maior do que o crescimento da população. Isso ficou bem visível no Ceará com as fundações do Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), em 1967; da Casa de Repouso Nosso Lar (CRNL), em 1969; do Hospital Mira y Lopes (HML), em 1970; da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Jesus, na cidade do Crato; e da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, em 1974 (BLEICHER, 2015).

Durante a gestão de Manoel Suliano Filho, no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), eram realizadas atividades domésticas, artesanais e agropecuárias para grupos de pacientes, sem finalidades terapêuticas específicas, focando na resolução de problemas práticos do cotidiano. O HSMM apresentava superlotação, possuía péssimas condições físicas e os funcionários eram mal remunerados. Posteriormente a esse período, foram sendo desenvolvidas assistências extra-hospitalares através de ambulatórios (BLEICHER, 2015).

Na pesquisa realizada por Fraga e Silva (1994) acerca do surgimento dos hospitais psiquiátricos no Ceará, é possível observar a relação entre o número de hospitais existentes nesse estado e as políticas de saúde implantadas no Brasil, que as autoras dividem em quatro períodos. No primeiro, que vai de 1500 a 1889, não havia no país uma política oficial de assistência aos loucos. Na última década desse período, foi iniciada a institucionalização da psiquiatria, cujo marco foi a criação do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro. No caso do Ceará, a assistência aos loucos foi iniciada com a inauguração do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo, em 1886.

Vale lembrar que nesse período, em outras regiões, o Estado assumiu a criação de vários asilos, enquanto que, no Ceará, a construção do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo ocorreu também e, principalmente, pela ação de grupos filantrópicos. O fato de num período de quase quatrocentos anos o Ceará ter contado com apenas um hospital psiquiátrico é coerente com a inexistência de uma política oficial para o setor e com o fato de que no início desse período, os loucos eram mais tolerados no seio da comunidade e família, uma vez que o processo de urbanização apenas se iniciava. É significativo também que somente após mais de três décadas da criação do primeiro asilo no Rio de Janeiro, em 1852, venha a ser criado o Asilo de Alienados São Vicente de Paulo. Enquanto o Hospício de Pedro II era exigência da capital do Império que crescia rapidamente, o estado do Ceará localizava-se em uma região pobre e sem maior expressão econômica para o País (FRAGA; SILVA, 1994, p. 17).

O segundo período vai de 1889 a 1966 e nele o Estado ainda não agia sobre as questões sociais e de saúde, restando aos trabalhadores resolverem seus problemas através das caixas de aposentadoria e pensão ou recorrendo às instituições de caridade. Duas instituições foram inauguradas (uma filantrópica, em 1949, e outra pública, em 1963) e entre 1966 a 1974 foram criados sete hospitais. Eles se constituíram como importantes fontes de lucro para os empresários do setor de saúde, o que explica a rapidez com que, em menos de uma década, a maioria dos hospitais privados do Ceará foram criados. Isso começou a mudar em torno de 1974, início do declínio da psiquiatria como prioridade do setor saúde.

No período da ditadura civil-militar, a política de criação de hospitais privados foi ampliada no Brasil e com o Ceará não foi diferente, inaugurando um manicômio judiciário e nove hospitais psiquiátricos privados, dois deles no interior do estado, em Crato e Sobral, nesse, mais especificamente, o Hospital Casa de Repouso Guararapes (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007).

Entre os anos de 1966 e 1974, há o que as autoras denominaram de terceiro período. Nele, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em que, no campo da psiquiatria, o governo contratou leitos em hospitais particulares com recursos descontados dos salários de todos os trabalhadores. A rede ambulatorial pública funcionou como malha de captação de pacientes para os hospitais privados.

O quarto e último período vai de 1974 em diante. Expomos aqui como limite o ano de 1993, data em que a pesquisa foi encerrada. Com a instalação de uma crise da Previdência Social e a neces-

cidade do Estado de racionalizar recursos, houve redução dos gastos destinados à psiquiatria, traduzidos pela tentativa de implantação da rede ambulatorial, supervisões nos hospitais visando diminuir o tempo de permanência dos pacientes, diminuindo também o ritmo de criação de novos hospitais psiquiátricos. De 1978 a 1993, nenhum novo hospital psiquiátrico foi aberto no Ceará e isso está diretamente relacionado com o que ocorria no contexto nacional.

Isso pode ser visto como resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, visto que ela pregou a municipalização dos serviços de saúde e a valorização das instituições públicas, bem como o apoio ao movimento de reforma psiquiátrica em todo o Brasil (FRAGA; SILVA, 1994). Relacionando esse contexto histórico nacional com o que era vivenciado no Ceará, as autoras assinalam que, até 1991, esse estado contava com doze hospitais psiquiátricos (sete privados, três filantrópicos e dois públicos). Em todo o primeiro período descrito acima, houve a criação de apenas um hospital no Ceará.

No ano de 1991, na cidade de Iguatu, foi instalado o primeiro CAPS do Nordeste e regulamentado pelo Ministério da Saúde três meses depois, aproximadamente quatro anos após a criação do primeiro CAPS do Brasil “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, como apresentado anteriormente. A equipe do CAPS de Iguatu participou da I Conferência Estadual de Saúde Mental, em Fortaleza, e da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BLEICHER, 2015).

Com o pioneirismo do CAPS de Iguatu, outros CAPS foram sendo implantados no interior do estado: Canindé e Quixadá, em 1993; Icó e Cascavel, em 1995; Aracati, em 1997; Sobral, em 2000, entre outros.<sup>4</sup> Na capital, o primeiro CAPS surgiu apenas em 1998, vinculado à Universidade Federal do Ceará (ACIOLY, 2006). Vale lembrar que a Lei nº 12.151, do deputado Mário Mamede, foi promulgada nesse mesmo período de efer-

---

<sup>4</sup> Fizemos parte de um projeto de pesquisa intitulado “Avanços e limites da Reforma Psiquiátrica no estado do Ceará: a herança e o desafio da desinstitucionalização” desenvolvido pelo Parallaxe: Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica da Universidade Federal do Ceará, que conta com auxílio oriundo do CNPq. O período da pesquisa foi entre 2013 e 2016 e objetivou analisar como vem se consolidando a reforma psiquiátrica no interior do Ceará (especificamente nas cidades de Iguatu, Quixadá, Canindé, Cascavel, Icó, Aracati e Sobral, cidades onde a reforma psiquiátrica foi iniciada no estado), identificando se os serviços substitutivos implementados têm contribuído com o processo de desinstitucionalização em suas ações de saúde mental, como preconiza a Lei nº 10.216/2001.

vescência. Antes da criação dos serviços substitutivos no interior do Ceará, as ações em saúde mental se resumiam às longas internações hospitalares e ao improdutivo deslocamento dos pacientes para internamento e desse para as suas residências (BLEICHER, 2015). Do mesmo modo, acreditamos que, entre outras razões, os primeiros investimentos em serviços substitutivos no interior do estado se deram primordialmente com o intuito de “desafogar” a grande demanda por internações que Fortaleza e alguns outros municípios do interior recebiam.

A notícia “Caps de Iguatu comemora oito anos de instalação” publicada pelo Jornal *Diário do Nordeste*, em 7 de outubro de 1999, reforça a nossa hipótese ao assinalar que “[...] nos anos seguintes houve uma redução de 90% no número de transferência de pacientes para unidade hospitalar na cidade do Crato [...]” (CAPS..., 1999, p. 2). Nessa comemoração, foram realizados seminários, palestras, debates abordando temas ligados à cidadania dos pacientes, exclusão social, política antimanicomial no Ceará etc.

Figura 1 – CAPS de Iguatu comemora oito anos de instalação



Fonte: Diário do Nordeste (CAPS..., 1999).

Pela repercussão e importância que teve para o campo da saúde mental como um todo, precisamos apresentar, ainda que brevemente, nesse primeiro momento, o fato que levou o Brasil a ser condenado pela primeira vez pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Damião Ximenes Lopes foi torturado e morto perversamente depois de ter sido internado em outubro de 1999 no Hospital Psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, que se localizava no município de Sobral, estado do Ceará. A notícia do Jornal *O Povo*, publicada alguns meses depois, em 3 de fevereiro de 2000, é uma das várias que saíram nesse período por conta da repercussão desse fato.

Figura 2 – Clínica de Sobral é suspeita de ter provocado a morte de paciente

*(O)POVO/Fortaleza-CE, quinta-feira, 3 de fevereiro de 2000* 5A

**denúncia**

## Clínica de Sobral é suspeita de ter provocado a morte de paciente

**Mãe disse que observou sinais de espancamento quando visitou o filho no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes ■**

Irene Ximenes Lopes, mãe do doente mental Damião Ximenes Lopes, que morreu no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, denunciou ontem, na Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, que estaria havendo negligência na apuração de possíveis maus-tratos cometidos contra o paciente.

Damião morreu no dia 4 de outubro do ano passado, dois dias depois de ser internado no estabelecimento. A mãe de Damião, Albertina Viana Lopes, afirma que esteve com o filho no hospital antes de sua morte e constatou que ele havia sido espancado. Albertina teria comunicado a direção do estabelecimento, mas nenhuma providência foi tomada.

delegado reconheceu que não havia enviado a documentação completa.

Irene afirma que existem outras irregularidades na clínica Guararapes, "fato atestado pela Secretarias de Saúde do Estado e de Sobral, através de visita no local". O proprietário da clínica, Sérgio Ferreira Gomes, contesta a avaliação das Secretarias de Saúde do Estado. Segundo diz, o local é o maior hospital particular do Estado em área de lazer. Sérgio aproveita para criticar o procedimento da Secretaria de Saúde do Estado, dizendo que a visita foi "muito rápida e tendenciosa".

O Guararapes, um hospital particular, tem 80 leitos, a maioria ocupados por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Sérgio, isso não impede que, mesmo com poucos recursos, o hospital tenha alas que para ele são de "primeiro mundo". Com relação à morte de Damião, Sérgio afirma que tudo ficou esclarecido com o laudo pericial que, segundo ele, infirme morte natural.

Na época, foi aberto inquérito policial para investigação do caso. No dia 24 de janeiro, Irene compareceu ao Ministério Público Federal para acompanhar o depoimento da mãe. Ela declara que na ocasião teve acesso ao processo e nota a ausência de depoimentos prestados durante a fase de investigação, que acusavam o hospital.

No dia 28 deste mês, Irene entrou em contato com o delegado que presidiu o inquérito, Francisco de Assis Ribeiro Macedo, questionando se ele havia enviado toda a documentação relacionada ao caso. Segundo ela, o delegado respondeu afirmativamente. Irene então relatou que alguns documentos haviam sumido. Segundo ela, depois de uma verificação, o



ALBUM DE FAMÍLIA

■ Damião Ximenes Lopes

Fonte: O Povo (CLÍNICA..., 2000).



Vânia Pontes (2015)<sup>5</sup> assinala, em sua dissertação de mestrado, que o caso de Damião foi um marco para o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, levando o País a ser, pela primeira vez, condenado internacionalmente no ano de 2006. A condenação do Brasil ocorreu por violação do direito à integridade física, à proteção e às garantias judiciais. Esse acontecimento, que tomou repercussão em âmbito internacional, deu-se, principalmente, pela luta incessante de Irene Ximenes, irmã de Damião, abrindo a possibilidade de os direitos humanos na saúde mental serem repensados, denunciando a ineficiência do Estado nessa garantia. Infelizmente, o Brasil cumpriu apenas parcialmente as sentenças estabelecidas e uma parte do processo já foi arquivada.

Bleicher (2015), por sua vez, ressalta que, com a repercussão do caso, algumas ações foram tomadas para tentar reverter o quadro da assistência psiquiátrica no estado do Ceará. Em Sobral, ocorreu a I Oficina de Saúde Mental do Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE), nos dias 26 e 27 de maio de 2000, resultando desse Encontro a “Carta de Ytacaranha” (ANEXO B). Esse documento, elaborado por representantes de usuários e familiares, trabalhadores da saúde mental, professores universitários, secretários de saúde e convidados, considerou, entre outras coisas, que a saúde mental, a saúde do trabalhador e a saúde da família compõem uma tríade básica de políticas, simultaneamente setoriais e integradas, estrategicamente voltadas para uma perspectiva de atenção primária indispensáveis ao funcionamento do SUS. Além disso, aponta que é necessário haver articulação entre cidadania e qualidade de vida com uma lógica de cuidado que atente para as especificidades demográficas, econômicas, socioculturais e psicosanitárias de cada município (FORTALEZA, 2000).

---

<sup>5</sup> A dissertação de mestrado intitulada “Damião Ximenes Lopes: a ‘condenação da saúde mental’ brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da Reforma Psiquiátrica” traz detalhes do caso de Damião Ximenes e faz articulações acerca das implicações desse acontecimento para saúde mental do País, que ocorreram muito mais como respostas às pressões internacionais do que por reais preocupações em melhorar a saúde mental do Brasil.

Figura 3 – Secretários participam de oficina com ênfase para a saúde mental

## Secretários participam de oficina com ênfase para a saúde mental

Muruoca (Sucursal/Sobral) — Com o objetivo de colocar em debate a reforma psiquiátrica, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará realizou a I Oficina de Saúde Mental. A primeira etapa da programação foi desenvolvida no Ytacaranha Hotel de Serra, na Meruoca, na sexta-feira e prosseguiu ontem, sábado, 27, em Sobral, com o evento “Saúde Mental no Becco” constando de psicodrama público - teatro de bonecos, com coordenação das psicólogas Regina Stella Faganha Elias e Galgane Araújo.

O presidente do Coosems-CE, Moacir Sousa Soares, que é secretário de Saúde de Cratêas, destaca que, posteriormente, será divulgado um documento com as propostas do encontro, como forma de definir uma política assistencial mais justa e mais humana para os pacientes portadores de problemas mentais, “que hoje estão submetidos a um tratamento de confinamento ou relegados à própria sorte”.

Durante a I Oficina de Saúde Mental do Coosems-CE, um dos temas tratados foi a intervenção da Secretaria de Saúde de Sobral no hospital psiquiátrico Guararapes, devido denúncias de maus tratos aos pacientes, inclusive com a ocorrência de óbito.

O secretário Luiz Odório Monteiro de Andrade enfatizou que, a partir desta experiência, “esta oficina serve para ampliar as discussões em torno da problemática do sistema de atendimento aos pacientes, com uma profunda mudança do modelo de tratamento dos manicômios”.

Ele defendeu junto a todos os secretários presentes, representantes de trinta municípios do Ceará, a constituição de equipes específicas e a implementação de CAPS - Centros de Apoio Psicossocial.

O representante da Secretaria de Saúde do Estado, Raimundo Alonso Aquino, colocou, por sua vez, que “a situação criada pelo Guararapes precipitou a ideia de se montar uma rede de saúde mental na Zona Norte”.

O presidente do Coosems-CE, Moacir Sousa Soares, enfatizou que já existem em funcionamento treze CAPS no Ceará, sendo doze no interior e um em Fortaleza. Disse que a luta é pela ampliação do serviço, que é uma alternativa de atendimento aos doentes mentais fora dos hospitais psiquiátricos, devendo chegar a vinte unidades de caráter microrregional.

Dentro da programação da I oficina de Saúde Mental foram debatidas, ainda, várias outras questões, como a política nacional de saúde mental e saúde mental nos municípios.

Também foram realizados trabalhos de grupos, com apresentação, discussão e aprovação de relatório.

Deve-se destacar, por outro lado, a participação de alguns pacientes do Hospital Guararapes, que está sob intervenção até 1º de junho deste ano.

*Posteriormente, será divulgado um documento com as propostas do encontro, como forma de definir uma política assistencial mais justa e mais humana para os pacientes portadores de problemas mentais.*



*A oficina teve o objetivo de discutir um tratamento mais humano para os pacientes*

Fonte: Diário do Nordeste (SECRETÁRIOS..., 2000).

Com a Lei nº 10.216/2001, o número de CAPS cresceu no Ceará e a maioria dos hospitais psiquiátricos existentes foram fechados, mas são inúmeros os desafios, além das mudanças nas estruturas físicas, que ainda precisam ser enfrentadas para que a reforma psiquiátrica encontre caminhos e se consolide efetivamente nesse estado como em todo o País.

Atualmente, o Hospital de Saúde Mental de Messejana – HSMM continua sendo o único hospital público psiquiátrico no estado, o Hospital Judiciário permanece em sua função manicomial para apenados, cinco hospitais psiquiátricos foram fechados, restando três, 87 leitos psiquiátricos foram credenciados em hospitais gerais, na capital e no interior,

quatro residências terapêuticas e 122 CAPS foram inaugurados, nas modalidades Geral, AD e I [sic]. O estado do Ceará foi dividido em 18 Redes de Atenção Psicossocial – RAPS e novos equipamentos foram incluídos na rede, como unidades de acolhimento e consultório de rua (SESA, [200-?]; ESCOLA, 2014) apud BLEICHER (2015, p. 192).

A I Conferência Municipal de Saúde Mental de Fortaleza ocorreu entre os dias 23 e 25 de outubro de 2001, com a temática “Cuidar sim, excluir não”. Esse evento foi realizado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, através da Secretaria de Desenvolvimento Social e Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de avaliar e definir estratégias para efetivar a reforma psiquiátrica com “acesso, qualidade, humanização e controle social”.

Figura 4 – Fôlder da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Fortaleza



Fonte: Elaborado pelos organizadores do evento.

No mês seguinte, em 13 e 14 de novembro de 2001, o Conselho Estadual de Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde e a Comissão Estadual de Reforma de Saúde Mental realizaram a II Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará.<sup>6</sup> Segundo o Relatório Final (2001), esse evento contou com a participação de mais ou menos 700 participantes. Ocorreram dez conferências microrregionais e três conferências municipais; uma delas foi a relatada acima em Fortaleza. Os subtemas abordavam: reorientação do modelo de atenção à saúde mental; saúde mental e trabalho; direitos, acessibilidade e cidadania; recursos humanos, financiamento e controle social.

[...] No Brasil e, especificamente no estado do Ceará, são percebidos esforços para eliminação ou minimização da discriminação generalizada existente perante as pessoas com transtornos mentais. O Ceará vem buscando uma reorientação dos modelos de serviços existentes de saúde mental, visando à inclusão social dos usuários desses serviços [...]. Os números não negam os benefícios oriundos da reorientação do modelo de atenção à saúde mental. De 1989 a 2001, cerca de 30.000 (trinta mil) leitos psiquiátricos foram extintos no Brasil, gerando uma economia de recursos em torno de R\$ 500.000.000 (quinhentos milhões/ano). No estado do Ceará, foram reduzidos 1000 (mil) leitos psiquiátricos e dois hospitais psiquiátricos foram fechados nesse mesmo período. Foram viabilizados 3 (três) hospitais dia; foram criados 36 (trinta e seis) leitos em hospitais gerais, no interior do estado; 19 (dezenove) CAPS foram implantados, assim como um lar abrigado (Serviço Residencial Terapêutico), no município de Sobral – CE. Nesses últimos dez anos, nosso estado desenvolveu outros esforços no sentido da implantação de serviços substitutivos, mas ainda insuficientes para a reversão da realidade que hoje é vivenciada, onde o modelo hospitalocêntrico asilar consome aproximadamente 80% (oitenta por cento) dos recursos financeiros para a saúde mental. E ainda não tem respondido às necessidades crescentes dos portadores de sofrimento mental, duplamente vitimados quer pelas precárias condições de vida e de trabalho, quer pela intolerância e discriminação da sociedade (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO CEARÁ, 2001, n.p.).

Diferentemente do que ocorreu com o Brasil, o processo de reforma psiquiátrica no estado do Ceará aconteceu, inicialmente, do

---

<sup>6</sup> Não conseguimos encontrar nenhum documento relacionado à I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará, de modo que não foi possível incorporar mais informações nessa pesquisa. A ausência de documentos que possibilitem o registro histórico das ações em saúde mental, sobretudo políticas, apareceram como um limitador no decorrer da pesquisa e um alerta sobre o modo como estamos tratando a história.

interior para a capital, evidenciado pelas instalações do primeiro CAPS. Tanto em nível estadual como nacional, o caso da morte de Damião Ximenes Lopes, paciente da Casa de Repouso Guararapes, foi um marco decisivo para que ações mais efetivas fossem tomadas pelo Brasil para responder à pressão internacional que estava sofrendo da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Nesse contexto mais local, com uma rede de saúde mental muito fragilizada, que não dava o suporte necessário para garantir os direitos previstos por lei, surgiu a organização de um “movimento de luta antimanicomial” por parte de trabalhadores da saúde mental.

# O fórum cearense da luta antimanicomial a partir de narrativas de militantes

“A narrativa é movimento em direção a um ponto, não apenas desconhecido, ignorado, estranho, mas tal que parece não haver, de antemão e fora desse movimento, nenhuma espécie de realidade, e tão impenhoso que é só dele que a narrativa extrai sua atração, de modo que ela não pode nem mesmo ‘começar’ antes de ter alcançado; e, no entanto, é somente a narrativa e seu movimento imprevisível que fornecem os espaços onde o ponto se torna real e aparente” (BLANCHOT, 2013, p. 9).

Figura 5 – CAPS diminuem número de internamentos em hospitais de saúde mental



Fonte: Diário do Nordeste (UNIDADE..., 1999).

Iniciamos este capítulo expondo essa notícia, publicada pelo *Jornal Diário do Nordeste* no dia 11 de novembro de 1999, que evidencia, de certo modo, o que estava ocorrendo na saúde mental do Ceará. Dos 184 municípios cearenses, apenas 13 deles possuíam CAPS nesse período. “Entre os anos de 1997 e 1998 foram registrados 36 óbitos dentro das nove unidades hospitalares de saúde mental no estado do Ceará, sendo sete delas na capital” (UNIDADE..., 1999, p. 11).

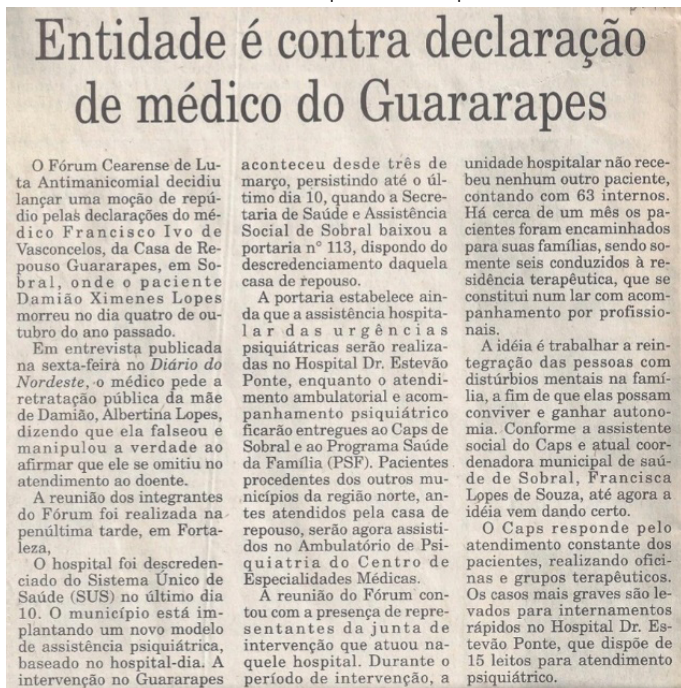
O entrevistado  $\gamma$  (gama), ao ser indagado acerca do início do seu envolvimento com a Luta Antimanicomial no Ceará, respondeu que havia entrado em contato a partir da mobilização que estava ocorrendo no final de 1999 em função de violações de direitos de pacientes na Casa de Repouso Guararapes, no município de Sobral (CE), mais especificamente por causa da morte de Damião Ximenes Lopes. Quando ele chegou no estado do Ceará, em 1998, fazia parte da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP), representando o Movimento Sindical Brasileiro através do Departamento Intersindical de Estudos de Saúde e Trabalho (Diesat), e foi convidado para participar de uma mesa-redonda sobre política de saúde mental que foi promovida pelo Conselho Regional de Medicina, e esse havia sido seu primeiro contato com pessoas que atuavam nos serviços de saúde mental no estado. Relata que já conhecia algumas pessoas do Ceará que fizeram parte da comissão organizadora na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, em que ele participou da comissão executiva como representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Chegou a conhecer outras pessoas também através do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, no ano de 1993, em Salvador (BA), ao participar enquanto organizador.

Diante disso, narra que foi convidado a participar dessa mesa-redonda para colocar as posições da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica sobre o Modelo de Atenção à Saúde Mental, onde ele pôde expor não só as discussões em pauta na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP), mas também sua posição quanto ao modelo que tinha ajudado a construir no governo municipal democrático popular da prefeita Luiza Erundina, no período de 1989 a 1992, como coordenador de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Relata que

contribuiu na criação da maior rede de atenção substitutiva de caráter antimanicomial em um município de São Paulo e, ao mesmo tempo, na extinção de quase um terço dos asilos que existiam nesse mesmo local.

Em 1999, segundo ele, houve uma mobilização, na Assembleia Legislativa, a partir da relação de alguns militantes da saúde mental com a Comissão de Direitos Humanos em função da morte de Damião Ximenes Lopes. Nessas discussões, teria surgido, então, o que ele denominou de “embrião de um movimento de saúde mental no Ceará”. Existiam pessoas envolvidas com a reforma psiquiátrica que chegaram a participar, em 1993, do I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, ocorrido em Salvador, na Bahia, mas não havia um movimento organizado, articulado. As discussões posteriores, em 1999, foram a base para o surgimento do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial.

Figura 6 – Fórum Cearense da Luta Antimanicomial é contra declaração de médico da Casa de Repouso Guararapes



Fonte: Diário do Nordeste (ENTIDADE..., 2000).



Quando questionamos sobre esse início com o entrevistado  $\beta$  (beta), que também se considera como uma das pessoas que fez parte do momento de criação do Fórum e que permanece militando como um dos principais nomes do movimento, foi-nos narrado, de modo semelhante a  $\gamma$ , que a fundação do movimento realmente aconteceu em 2000, que já existia anteriormente outras ações realizadas pelos trabalhadores, inclusive as reuniões que aconteciam no Conselho de Medicina, a exemplo do que  $\gamma$  participou. Contudo, diz que o Fórum

*[...] foi realmente instituído em 2000, por esse coletivo de trabalhadores dos CAPS daqui, dos poucos CAPS que existiam na época que eram só três em Fortaleza e esse movimento que estava muito efervescente na época, 95, 96, 97 dos CAPS do interior, porque a mentalidade das pessoas que trabalhavam na época era realmente de fazer a saúde mental ter sentido para as pessoas, não era simplesmente atender, não era fazer o ambulatório, era fazer um movimento em torno do trabalho, em torno da cultura, da educação, enfim, e até em torno da justiça também, já havia ações de denúncias por parte de usuários muito motivados pelo trabalhos com esses serviços e a interlocução com a justiça, às vezes era feita por meio das comissões que eram organizadas nos próprios municípios e algumas associações, enfim, então a gente, eu me considero como fazendo parte desse movimento que fundou o movimento da luta aqui no Ceará [...] Desde 99 já tinham reuniões ora em serviços de saúde, ora em salas de conselhos de classe, mas já existia a intenção de organizar de forma sistemática, de instituir o movimento, mas posso dizer que a motivação maior foi a participação de alguns trabalhadores de Sobral, de Aracati, no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Maceió, em 1999 (Entrevistado  $\beta$ ).*

Perguntamos a  $\gamma$  se o Fórum foi, então, o primeiro movimento de luta antimanicomial do Ceará e ele disse que até onde ele sabia, sim. Reconhece, todavia, que existiam pessoas que lutavam pela saúde mental, pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária desde a década de 80 e que, em parte, as discussões sobre reforma psiquiátrica se davam no interior das discussões sobre organização do Sistema Único de Saúde (SUS). O entrevistado  $\gamma$  disse que sua inserção no movimento de luta no Ceará foi concomitante com a criação do Fórum, onde atuou como um dos coordenadores. Quando perguntamos como se dava essa denominação de “coordenador”, foi respondido que não houve eleições para isso; eram quatro pessoas mais especificamente que estavam à frente do Fórum, que organizavam, respondiam pelo movimento. Como o Fórum nasceu de um processo, a “militância mais

restrita” se dizia coordenação. Isso saía em cartazes, entrevistas de jornais; havia, portanto, uma coordenação formal.

A notícia abaixo, publicada em 13 de junho de 2000 pelo Jornal *Diário do Nordeste*, retrata esse momento inicial da criação e atuação do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial nos casos de violações de direitos humanos na saúde mental (FÓRUM..., 2000a).

Figura 7 – Fórum de Luta Antimanicomial quer o fim dos internamentos



Fonte: Diário do Nordeste (FÓRUM..., 2000a).

Em 2000, o entrevistado  $\gamma$  se engajou em um projeto chamado “Reconquistar” que acontecia na região do Palmeiras e do Grande Jangurussu, bairros de Fortaleza. Tratava-se de um grande projeto ligado à Igreja Católica que mobilizava a juventude, as donas de casa e os desempregados em defesa de uma sociedade de pleno emprego e por condições de trabalho dignas, desenvolvendo o cooperativismo, ao mesmo tempo em que se fazia mobilização política. Essa inserção contribuiu também com a formação do Fórum Cearense, sendo que uma das

primeiras atividades do Fórum, no início de 2000, foi a realização de um Encontro que abordou a questão do desemprego e da saúde mental na Prainha. Ele nos relatou que o seminário se deu nos dias 18 e 19 de agosto de 2000, com o nome “I Semana de Saúde Mental e Cidadania”, cujo tema central foi “Desemprego e Saúde Mental”. Contou com duas oficinas, uma sobre “Saúde Mental e Direitos Sociais: a legislação e os benefícios da Previdência”, e outra sobre “O Sofrimento no Trabalho”. A mesa-redonda do Encontro foi intitulada de “Desemprego e Saúde Mental”, na qual ele participou como expositor.

*[...]. É, então nós estávamos, ao mesmo tempo, numa articulação com a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa para fazer a intervenção em Sobral e desenvolvendo também algumas atividades que demonstravam, mais ou menos, o conteúdo da discussão do Fórum a respeito do que significa o processo de sofrimento mental e que, por onde caminhará a luta pelas transformações, né? Não só das determinações sociais do processo saúde-doença mental, mas também do processo de exclusão, né? De discriminação, de exclusão e de institucionalização daqueles que sofrem mentalmente, é que eram elementos que já faziam parte do arcabouço teórico da luta antimanicomial desde a década de 80, né? No Brasil. Então a minha inserção se dá nessa, na contribuição de uma experiência que eu já trazia na organização também do arcabouço teórico do Fórum Cearense (Entrevistado γ).*

Figura 8 – Fôlder da I Semana de Saúde Mental e Cidadania

<p>Sábado/ Manhã - Dia 19 ( 8 às 13 horas):</p> <p>Oficina - O SOFRIMENTO NO TRABALHO</p> <p>Facilitadores(as):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luis Lacerda (Psicólogo / Membro da Coordenação do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial / Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia)</li><li>- Fátima Duarte ( Psicóloga / Presidente do Sindicato dos Psicólogos)</li><li>- Convidado: Representante da CUT</li></ul>	<p>Promoção: Fórum Cearense da Luta Antimanicomial</p> <p>Apoio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Central Única dos Trabalhadores</li><li>- Sindicato dos Psicólogos</li><li>- Conselho Regional de Psicologia</li><li>-Conselho Regional de Serviço Social</li><li>-ONG PAN Saúde e Trabalho</li><li>-ONG TERRAZUL</li></ul> <p>Inscrições: No local e na Secretaria do Fórum Rua Bartolomeu de Gusmão, 1178 - Fone: 257-9318 (tarde)</p> <p>Profissionais: R\$ 20,00 Estudantes: R\$ 10,00 Usuários e Familiares: R\$ 5,00</p> <p><i>"(...) Manicômio é sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmarcando, que vê sem olhar."</i> Paulo Amarante</p>	<p>FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL</p> <p>I SEMANA DE SAÚDE MENTAL E CIDADANIA</p> <p>TEMA: DESEMPREGO E SAÚDE MENTAL</p> <p>18 E 19 DE AGOSTO DE 2000</p> <p>LOCAL: SEMINÁRIO DA PRAINHA</p> <p>Av. Dom Manuel - Fortaleza</p>
---	---	---

Fonte: Elaborado pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (2000b).

Esse Encontro foi muito importante para consolidar a existência do Fórum como uma representação política da luta antimanicomial em Fortaleza e no Ceará. Reuniu um número de pessoas considerável, tendo impacto na imprensa, junto aos trabalhadores de saúde e aos movimentos sociais em Fortaleza. Concomitantemente, o Fórum atuava junto ao Ministério Público Estadual no sentido de denunciar as mazelas da atenção psiquiátrica manicomial e exigir providências na criação da rede substitutiva, que resultou em algumas audiências públicas, de pouco impacto sobre os hospícios, mas conquistando a realização do primeiro e único concurso público para três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza, no início de 2001.

No Relatório Final da I Semana de Saúde Mental e Cidadania (ANEXO C) constam as principais reflexões realizadas durante esse Encontro, entre elas estão:

[...] grande interesse da sociedade civil organizada, e não só de profissionais e usuários do sistema de saúde, em acompanhar o planejamento e execução da política de assistência social direcionada aos setores excluídos socialmente. [...] problemas sociais sustentam a permanência de muitas pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos, que funcionam como asilo àqueles com situação familiar precária [...] essa situação, por sua vez, alimenta a chamada “indústria da loucura”, que movimenta vários milhões de reais em internações e reinternações [...]. O primeiro grande questionamento feito pelo grupo na oficina foi acerca dos critérios de avaliação médico-pericial para pessoas com transtornos mentais utilizado pelo INSS. Parece-nos pouco adequado avaliar a repercussão de um transtorno mental na vida de uma pessoa, na sua autonomia e capacidade laborativa, a partir de um acróstico que enfatiza mais escolaridade, acuidade visual, auditiva, motricidade, outras funções fisiológicas em detrimento de uma avaliação médica que observasse a repercussão dos transtornos mentais em áreas onde estes causam mais prejuízos, como, por exemplo, afetividade, vínculos, habilidades [...]. A nível mais imediato, o grupo propõe às equipes multidisciplinares que prestem assistência a pessoas com transtornos mentais em nível ambulatorial, comunitário ou hospitalar que elaborem relatórios mais detalhados ao atestarem a deficiência das mesmas, como forma de perícia [...]. Avaliamos ainda a necessidade da implantação de conselhos populares no âmbito da Previdência Social como mecanismo de controle social, mecanismo este já utilizado na implementação das demais políticas públicas previstas no capítulo referente à Seguridade Social da Constituição Federal de 1988. O presente documento está sendo encaminhado inicialmente

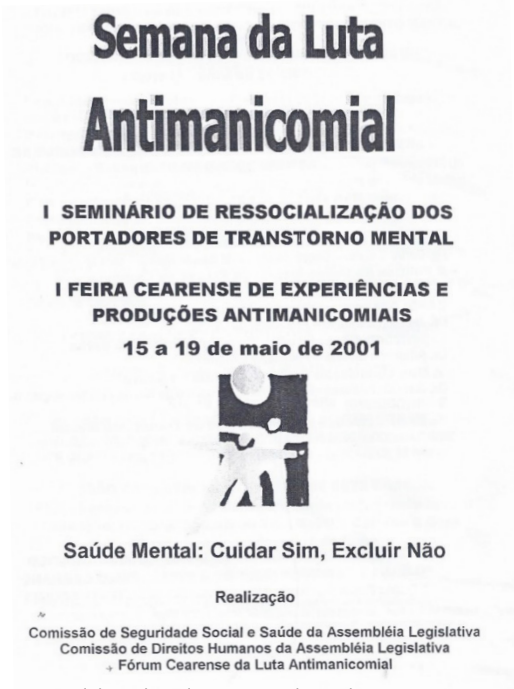
aos Conselhos Populares de Assistência Social, nos âmbitos municipal e estadual [...] estamos encaminhando este documento também para a Superintendência do INSS, o Conselho de Direitos Humanos e Conselhos Populares da Ouvidoria do estado, para a Comissão de Direitos Humanos da OAB, para a Comissão de Saúde e Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do estado, Conselhos Municipais e Estadual de Saúde do Ceará, Ministérios Públicos Estadual e Federal e outras organizações da sociedade civil organizada (SEMANA..., 2000, p. 1-4).

Posteriormente a esse Encontro, outra grande atividade realizada pelo Fórum foi o primeiro 18 de maio, Dia Nacional de Luta Antimanicomial, no ano de 2001, na Praça do Ferreira. Foi um evento com bastante repercussão, articulado com movimentos sociais de Fortaleza, trabalhadores de saúde mental da capital e do interior do Ceará, pessoas de Recife, do SOS Saúde Mental de São Paulo, que era uma organização histórica bastante forte de luta em saúde mental, e representantes do Conselho Federal de Psicologia. O entrevistado  $\gamma$  assinala:

*Fizemos exposições dentro da Praça do Ferreira, exposições... plásticas, né? Fizemos dramatizações, tal...trazendo a problemática do...do... portador de transtorno mental, né? do sofrimento dele, das causas do sofrimento dele e também da forma como que a sociedade trabalhava isso, esse processo de segregação e exclusão. Então esse foi um momento bastante privilegiado do Fórum que é o nascimento já de uma forma bastante impactante aqui em Fortaleza (Entrevistado  $\gamma$ ).*

Várias atividades foram organizadas na “Semana da Luta Antimanicomial” que ocorreu entre os dias 15 a 19 de maio de 2001. Ela incluiu o I Seminário de Ressocialização dos Portadores de Transtorno Mental e a I Feira Cearense de Experiências e Produções Antimanicomiais. Foram alguns dos temas abordados durante as plenárias da Assembleia: Reforma Psiquiátrica no Brasil; Política de Saúde Mental do Estado do Ceará; CAPS: avanços e dificuldades na sua implantação; Experiências Populares: a comunidade Quatro Varas; Municipalização da Saúde Mental no Ceará; e Rede de Cuidados aos Portadores de Transtorno Mental.

Figura 9 – Fôlder de divulgação em comemoração à Semana da Luta Antimanicomial



Fonte: Elaborado pelos organizadores do evento.

É importante lembrar, segundo assinalado por  $\gamma$ , que o Fórum tentava incluir na Assembleia Legislativa o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial” no calendário oficial estadual, mas, infelizmente, por atravessamentos de militantes não afeitos ao Fórum, negociou-se com o deputado Marcelo Sobreira a criação do “Dia da Ressocialização dos Portadores de Transtornos Mentais”, fato hoje esquecido.

A Semana da Luta Antimanicomial teve bastante repercussão, de modo que, no Centro Cultural do BNB, foi realizado um debate que reuniu, principalmente, trabalhadores da saúde mental dos poucos serviços que existiam, na Assembleia Legislativa e no Dragão do Mar/Cinema Espaço Unibanco. Perguntamos se havia apoio financeiro nesse período e o entrevistado  $\gamma$  nos disse que havia apoio logístico de entidades como a PAN Saúde e Trabalho (que era uma extensão de uma organização não governamental de São Paulo, com

uma subsele no Ceará, que discutia as questões da saúde e do trabalho, mas também com foco na área de saúde mental), o Conselho Regional de Psicologia, o Sindicato dos Psicólogos, o Conselho Regional de Serviço Social, mas os recursos financeiros eram dos próprios membros do Fórum.

Sobre esse evento, o entrevistado  $\alpha$  (alfa), que teve seu primeiro contato com o Fórum em 2005 e que a partir daí tornou-se um dos militantes mais presentes, diz, em um momento de sua fala, que “a gente realizou o primeiro 18 de maio, eu acho que foi o primeiro” realizado em Fortaleza, em 2007, na Praça José de Alencar, tendo a participação de muitos profissionais, usuários dos serviços de saúde mental, mas a grande maioria era de Fortaleza, sem muita participação do interior do estado. Tivemos acesso a documentos que mostram que algumas comemorações desse dia já ocorriam desde o surgimento do Fórum, como assinalado por  $\gamma$ .

A questão da participação dos trabalhadores de saúde mental e da quase inexistência de usuários e familiares no movimento inicial foi um conteúdo presente nas três narrativas, tanto do entrevistado  $\alpha$ , que entrou no Fórum após cinco anos de sua criação, quanto de  $\beta$  e  $\gamma$  que fizeram parte de sua fundação.

O IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que ocorreu em 1999, em Maceió, apareceu na fala de  $\beta$  como um evento decisivo para a criação do Fórum, porque, até então, havia uma participação muito grande de trabalhadores e, depois desse encontro, as poucas pessoas que foram para ele, mais especificamente quatro, entre psicólogas e assistentes sociais, voltaram disseminando a ideia de que havia uma grande potência em reunir usuários e familiares.

Segundo o entrevistado  $\beta$ ,

*[...] quando nós voltamos do Encontro, a gente tinha certeza que o que a gente estava fazendo não era movimento social, era movimento de trabalhadores de saúde mental, por isso a intenção de promover e aglutinar outros atores da reforma [...] voltamos já com essa pauta de criar, de chamar as pessoas, os usuários e os familiares, começar a fazer um movimento de aproximação desses outros atores e fundar um movimento, até porque a gente foi enquanto trabalhadores, mas as plenárias, as assembleias dos Encontros Nacionais eram feitas com delegados que faziam parte dos Núcleos da Luta Antimanicomial, na época eu não lembro qual foi a articulação que a gente conseguiu ir,*

*mas a gente não foi enquanto núcleo da luta, a gente foi enquanto militantes que estavam atuando em vias de organizar o movimento (Entrevistado β).*

Nas três narrativas, a morte de Damião foi citada como um marco histórico importante. Para o entrevistado β, esse caso foi um “divisor de águas”. Foi importante para o Fórum porque possibilitou evidenciar o descaso, a violência a que as pessoas eram submetidas, tendo uma interlocução muito forte com a justiça, um trabalho voltado para os direitos humanos, “apesar de depois do Damião, a gente não conseguiu ter o mesmo impulso, porque a gente não tinha familiares, que tinham a mesma disponibilidade, a mesma garra e coragem que a Irene tinham” (Entrevistado β).

Vários documentos, como notícias de jornais, relatórios etc., atestam a importância da atuação do Fórum Cearense no primeiro caso de violação de direitos humanos que teve repercussão internacional. Cabe salientar que no acervo do Instituto Damião Ximenes há um documento que aborda uma entrevista concedida pelo “Movimento da Luta Antimanicomial Cearense” em fevereiro de 2000. Nele, o movimento referenciado expõe vários estudos salientando a importância de se pensar a saúde mental. Esse documento nos faz acreditar que o Fórum, nos primeiros momentos em que estava sendo constituído, chegou a se apresentar como “o” movimento existente no Ceará.

Abaixo, expomos duas das notícias que tivemos acesso durante a realização dessa pesquisa e que nos permitem ter uma noção ainda maior do que estava ocorrendo nesse momento por causa da morte de Damião Ximenes. A primeira matéria, do Jornal *Diário do Nordeste*, traz que “Entidades questionam o atendimento em saúde mental” (ABUD, 1999); a segunda, do Jornal *O Povo*, aborda que “Comissão avalia denúncia de espancamento em Sobral” (COMISSÃO..., 1999).



Figura 10 – Entidades questionam o atendimento em saúde mental

Diário do Nordeste  
CIDADE

Fortaleza, Ceará - Quinta-feira, 11 de novembro de 1999

## Entidades questionam o atendimento em saúde mental

Felipe Abreu



A denúncia de espancamento até a morte de um paciente da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, foi o bastante para que viesse à tona as discussões sobre o atendimento prestado a doentes mentais no Estado. Ontem à tarde, no Plenário 13 de Maio, a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa reuniu-se com 24 entidades ligadas à Saúde Mental para traçar um perfil da situação e também acelerar as providências quanto ao caso de Sobral, envolvendo um homem de 30 anos de idade.

Representando Damião Miranda, que foi encontrado sem vida nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, estavam a mãe Albertina Vieira Lopes e a irmã Irene Ximenes Lopes Miranda. Esta última contou que resolveu "passar o verbo e cobrar justiça em nome de Damião", ao encontrar apoio na Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da AL.

Segundo Irene, Damião estava sem tomar medicamentos e, por conta disso, não queria mais comer e nem dormir. A mãe, preocupada que ele entrasse em crise, resolveu interná-lo na Casa de Repouso Guararapes. A internação aconteceu numa sexta-feira à noite, dia 1º de outubro deste ano, sendo Damião encontrado já sem vida dois dias depois. "Quando minha mãe foi fazer uma visita para ele, na segunda-feira, foi informada por um funcionário que não

no período que estivera internado, ficou desesperada. O primeiro passo foi pedir que o levassem para o chuveiro, indo depois conversar com o médico Francisco Ivo de Vasconcelos, que também é diretor da Casa e legista do IML de Sobral.

Irene informou que o médico, ao receber a mãe, começou a fazer "pouco caso" e disse que "não gostava de choro e por isso nem novela assistia". Francisco Ivo, provavelmente para se livrar logo de Albertina, recebeu um medicamento sem examinar o paciente e pediu ao enfermeiro que estava ao lado para dar a Damião.

Nesse meio tempo, Albertina resolveu ir em casa e, ao chegar, teve a notícia de que tinha que voltar para a Casa de Repouso Guararapes, pois o filho estava morto.

Francisco Ivo de Vasconcelos, não chegou a se encontrar novamente com Albertina, mas deixou um laudo assinado como sendo parada cardiorrespiratória. Como ele é legista no IML de Sobral, a família resolveu trazer o corpo para Fortaleza. E, mesmo diante de todas as evidências de espancamento, o laudo foi como morte indeterminada sem elemento para responder.

O procurador Oscar Costa Filho, que esteve presente à reunião, sugeriu pedir ao Ministério da Saúde que interviesse na Casa de Repouso, a fim de saber realmente as causas da morte de Damião e de tantas outras que são silenciadas por medo de represálias.

As entidades se reuniram ontem à tarde na Assembleia Legislativa

poderia entrar porque Damião não passava bem", adiantou Irene.

Inssistente, Albertina tentou a todo custo entrar nas dependências da Casa de Repouso e quando viu o filho vindo de encontro à ela com as mãos amarradas para trás, cheio de hematomas pelo corpo e cheirando ruim, pois não tinha tomado banho

Fonte: Diário do Nordeste (ENTIDADES..., 1999).

Figura 11 – Comissão avalia denúncia de espancamento em Sobral



Fonte: O Povo (COMISSÃO..., 1999).

Em ambas as matérias consta que a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa se reuniu com 24 entidades ligadas à saúde mental para analisar a situação naquele momento, bem como acelerar as providências que seriam tomadas com relação ao caso de Sobral. O conteúdo das notícias se pautaram, primordialmente, em contar, mais a título de esclarecimento, para a população, quem era Damiano e como, após ser internado, veio a entrar em óbito. É importante atentarmos ainda para as proporções tomadas com a morte de Damiano. Ambas as notícias foram publi-

cadadas no mesmo dia, 11 de novembro de 1999, em dois dos jornais de maior circulação no estado do Ceará.

Com a confirmação de irregularidades, como exposto na notícia do dia 3 de fevereiro do mesmo ano, no Jornal *O Povo*, a Secretaria de Saúde de Sobral determinou a instauração de um inquérito administrativo para averiguar as condições em que se encontrava a Casa de Repouso Guararapes. A auditoria realizada também assinalou os mesmos problemas já relatados.

Figura 12 – Secretaria de Saúde do Estado constatou irregularidades na Clínica Guararapes



■ Irene Ximenes Lopes, irmã do paciente morto, faz a denúncia na Assembleia Legislativa

## Secretaria de Saúde confirma irregularidades

Uma comissão da Secretaria de Saúde do Estado (Sesa) visitou a clínica Guararapes em novembro do ano passado e constatou várias irregularidades. O relatório aponta que a "clínica não apresenta condições de funcionamento" e sugere "intervenção ou medida similar, caracterizando a mudança de gerência, ou seu descredenciamento pelo SUS". Quanto ao caso Damião, o relatório aponta que

há evidências de "assistência médica precária, maus-tratos e deficiências diversas".

A secretaria de Saúde de Sobral também determinou, em novembro, a instauração de inquérito administrativo para averiguar as condições da clínica. Foi determinada ainda uma auditoria. O resultado aponta os mesmos problemas detectados pela Sesa.

Mesmo com as constatações, o

diretor da secretaria de Saúde de Sobral, Alcides Miranda, afirma que estão sendo estudadas alternativas antes de uma medida drástica. Ele diz que o simples fechamento ou descredenciamento do SUS geraria mais problemas, "já que não temos onde colocar os pacientes". Sobre a intervenção, enquanto não se chega a outras alternativas, foi categórico: "não temos recursos humanos para isso".

*O Povo*/Fortaleza-CE, quinta-feira, 3 de fevereiro de 2000

7A

*ciudades*

Fonte: *O Povo* (SECRETARIA..., 2000).

Nesse contexto,  $\gamma$  relata que, coincidentemente, não como membro do Fórum, “mas como pessoa”, o secretário municipal de Sobral, na época, chama-o, devido às pressões que o Fórum já tinha feito junto à Comissão de Direitos Humanos. A Comissão de Conselho Municipal de Saúde de Sobral aprovou a intervenção na Casa de Repouso Guararapes e, por conta das denúncias de maus tratos e violações de direitos, o secretário municipal de saúde teve que, por força da decisão do Conselho Municipal local e das pressões da Comissão de Direitos Humanos, realizar a intervenção.

Nesse cenário, foi criada uma “Junta Interventora” constituída por pessoas da área do direito da Secretaria Municipal de Sobral, por técnicos, apenas alguns de Sobral, e por duas psiquiatras recém-formadas. A Junta era bastante inexperiente na perspectiva de tratar a intervenção como uma desconstrução do hospício, do manicômio e da criação de uma política de saúde mental para Sobral que fosse a superação do modelo manicomial que estava sofrendo a intervenção. Nesse sentido,  $\gamma$  foi chamado, pela experiência que tinha com saúde mental, para assessorar a Junta que, como ele ressalta, já estava construída.

*A Junta tinha sido recém-criada e eu fui para assessorar essa Junta. Então eu tive, é [...] paralelamente ao Fórum Cearense, essa participação, que obviamente eu trazia no Fórum, né? Para a discussão dentro do Fórum, né? Já que o Fórum tinha sido o movimento que desencadeou esse processo de intervenção, né? Na origem, né? Na denúncia da morte do Damião e tal. Então foi também um outro momento enriquecedor para o Fórum, né? Cearense. Porque o Fórum indiretamente pôde participar desse processo também, né? (Entrevistado  $\gamma$ ).*

As notícias de jornais a seguir mostram o processo que estava ocorrendo nesse período com as auditorias na Casa de Repouso Guararapes e a criação da Junta Interventora. A primeira delas expõe que a morte de Damião motivou a realização das auditorias (A MORTE DE DAMIÃO [2000?]).

Figura 13 – Composição da Junta Interventora



© secretário de Saúde de Sobral, Luis Oshiro, assessores e a Junta interventora do Hospital Guararapes

Fonte: Diário do Nordeste (A MORTE..., [2000?]).

Como foi exposto por essa notícia, se por ventura a Casa de Repouso Guararapes não adotasse providências melhorando o serviço prestado, poderia ser descredenciada pelo SUS. Segundo a matéria, a casa de repouso funcionava há 26 anos atendendo pacientes dos municípios da região norte do Ceará e do Piauí, recebendo uma média de 300 a 400 pessoas durante o mês, entre familiares e pacientes. O hospital se encontrava, naquele momento, com 90 leitos, 58 pacientes internados e mais 27 no sistema Hospital-dia, em que o tratamento ocorria apenas durante o dia. Diversas matérias saíam abordando basicamente o mesmo conteúdo, o que mostra a reverberação que o caso estava tomando. Um exemplo é a matéria a seguir, do Jornal *Diário do Nordeste*, em 6 de fevereiro de 2000 (HOSPITAL..., 2000).

Figura 14 – Casa de Repouso Guararapes passa por auditorias das Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Sobral



Fonte: Diário do Nordeste (HOSPITAL..., 2000).

No dia 4 de março de 2000, o Jornal *Diário do Nordeste* lançou uma pequena matéria abordando que a questão da intervenção havia sido decretada um dia antes, no dia 3 de março. Apenas para salientar, nas matérias publicadas pelo Jornal *O Povo*, a intervenção teria ocorrido no dia 2 de março. Consultando o Ofício nº 048/05 - VC/DEJIN/PGU do Departamento Judicial Internacional e de Recomposição do Patrimônio da União, a Portaria nº 026, de 2 de março de 2000, decretou a intervenção na Casa de Repouso Guararapes pelo período de 90 dias.

Figura 15 – Intervenção

Fortaleza, Ceará - Sábado, 4 de março de 2000

Diário do Nordeste

Página 4

**INTERVENÇÃO** - O presidente da Comissão de Direitos Humanos, João Alfredo, se congratulou com a atitude do secretário de Saúde de Sobral, Luiz Odorico, de decretar, ontem, intervenção na Casa de Repouso Guararapes. Em outubro do ano passado, os funcionários da casa foram acusados da morte de Damião Ximenes de Lopes, doente mental que se tratava na Casa. Outras denúncias, surgidas em seguida, davam conta de maus-tratos sofridos por outros doentes mentais na instituição.

Fonte: Diário do Nordeste (INTERVENÇÃO, 2000).

O mesmo jornal, no dia 12 de março do mesmo ano, traz a matéria: “Hospital psiquiátrico de Sobral sofre intervenção” (HOSPITAL..., 2000b). Assinala que a intervenção tem a finalidade de gerenciar técnica e administrativamente o hospital que, na época, era o único que atendia doentes mentais em toda a região norte do Ceará. “A Junta Interventora terá as atribuições de administrar e sanear a Casa de Repouso Guararapes, gerindo os recursos repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reciclando e coordenando os recursos humanos existentes”. O diretor administrativo, proprietário do hospital, o diretor clínico e os profissionais envolvidos na morte de Damião foram afastados durante esse período.

Figura 16 – Intervenção da Casa de Repouso Guararapes

Página 11 Diário do Nordeste REGIONAL Fortaleza, Ceará - Domingo, 12 de março

## Hospital psiquiátrico de Sobral sofre intervenção

Sobral (Sucursal) - O secretário de Saúde deste município, Luiz Odório Monteiro de Andrade, considerando decisão do Conselho Municipal de Saúde, decidiu pela intervenção na Casa de Repouso Guararapes, por um período de 90 dias. Várias auditorias foram realizadas e, desde outubro de 1999, o hospital vinha sendo acusado de maus-tratos que teriam vitimado o paciente Damiano Ximenes Lopes, da cidade de Varjota.

A intervenção tem a finalidade de gerenciamento técnico e administrativo do hospital que é único, a atender doentes mentais em toda a Zona Norte do Ceará.

Odório esteve no hospital, sendo recebido pelo diretor administrativo e proprietário Sérgio Ferreira Gomes. Na ocasião, houve a posse da Junta Interventora formada pelos seguintes membros: Walter Roberto da Silva, Diretor Administrativo; Raimunda Nonata da Silva, Diretora Técnica de Enfermagem; Cinthia Carneiro, Diretora Clínica; Francisco Lopes de Sousa e Mayuri Hassano, na qualidade de integrantes.

A decisão de intervenção no Hospital Guararapes, segundo o secretário Luiz Odório Monteiro de Andrade, foi tomada devido as denúncias efetuadas pela Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; pela Comissão Estadual de Saúde Mental - Sesa; e processo da Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal; e

Relatório de Sindicância confeccionado pelo Sistema Municipal de Auditoria, resultante de apuração circunstanciada sobre os crimes de tortura e homicídio do paciente Damiano Ximenes Lopes, com o fito de aquilatar responsabilidade civil e penal, no qual se concluiu "que Casa de Repouso Guararapes não oferece condições de funcionamento, obedecendo à legislação sanitária pertinente, e que há evidência de maus-tratos de tortura e de abuso sexual de pacientes".

A Junta Interventora terá as atribuições de administrar e sanear a Casa de Repouso Guararapes, gerindo os recursos repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recriando e coordenando os recursos humanos existentes, afirmando a conveniência dos métodos e equipamentos utilizados no âmbito terapêutico e psicossocial.

Através da portaria foram afastados o diretor administrativo Sérgio Ferreira Gomes, proprietário do hospital; o diretor clínico, médico psiquiatra Ivo Vasconcelos; e "todos os profissionais envolvidos nos indesejados resultados que culminaram na morte de Damiano Ximenes Lopes", fato ocorrido no dia 4 de outubro de 99. Os trabalhos da Junta administrativa serão acompanhados por uma comissão de membros do Conselho Municipal de Saúde, composta por Marco Antônio Cavalcante da Silva, Jefferson Azevedo Ponte e José Otávio Lopes Filho.



Visita às dependências do Hospital

Fonte: Diário do Nordeste (HOSPITAL..., 2000b).

No mês seguinte, em 30 de abril de 2000, foi lançada a matéria "Intervenção no Hospital Guararapes prossegue até final de março". É importante assinalar que constatamos um erro de digitação no que se refere ao título dessa notícia. Na verdade, como exposto pelo próprio jornal no conteúdo dessa notícia, a intervenção prosseguiria até o dia 31 de maio (INTERVENÇÃO..., 2000).



Figura 17 – Intervenção prosseguiu até o final de maio

Diário do Nordeste  
CIDADE

Fortaleza, Ceará - Domingo, 30 de abril de 2000

### Intervenção no hospital Guararapes prossegue até final de março

A intervenção no Hospital Guararapes prossegue até 31 de maio desta semana, sendo como finalidade o gerenciamento técnico e administrativo do hospital que é único a nível dos municípios em toda a Zona Norte do Ceará.

A Junta de Intervenção, segundo o secretário de Saúde Luiz Otávio Moraes de Andrade, foi formada devido ao desmoronamento da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, pela Comissão Estadual de Direitos Humanos (Cesdh) e procuradora Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal, e Relatoria de Bioética, conduzindo pelo Sistema Municipal de Assistência, resultado da aprovação sancionada a sobre o sistema de saúde e do paciente Danilo Ximenes Lopes, com o fim de assegurar a responsabilidade civil e penal, no qual se concluiu "que a Casa de Repouso Guararapes não oferece condições de funcionamento compatíveis à legislação sanitária, pública, e que há violação de seus atos de forma e de abuso sexual de pacientes".

Através da portaria foram afastados o diretor administrativo Sérgio Ferreira Gomes, proprietário do hospital, o diretor clínico médico psiquiatra Ivo Vasconcelos e todos os profissionais envolvidos nos atendimentos realizados que culminaram no morte do paciente Danilo Ximenes Lopes", foi informado o titular da secretaria de Saúde.

Devesse destacar, ainda, que os trabalhos da Junta estão sendo acompanhados por um comitê de membros do Conselho Municipal de Saúde, composta por Marcelo Araújo, coordenador de Saúde, Juvenal Azevedo Pinheiro e José Otávio Lopes Filho.



*O trabalho de manhã foi uma forma de integrar pacientes e famílias no novo ambiente do hospital*

Fonte: Diário do Nordeste (INTERVENÇÃO..., 2000).

Mesmo tendo sido “Constatada melhoria em casa de repouso de Sobral”, como anuncia a matéria no Jornal *O Povo*, em 18 de maio de 2000, muitos problemas ainda persistiam e, no dia 1º de junho, terminaria o prazo da intervenção. Segundo o presidente da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, as saídas possíveis eram: prorrogar a intervenção ou desativar a unidade, porém essa última dependeria da participação da Secretaria da Saúde do Estado e das prefeituras da região, pois seria necessário que novos CAPS fossem implementados nos municípios vizinhos. Se isso não ocorresse, a Casa de Repouso Guararapes voltaria para o seu proprietário.

Figura 18 – Melhoria na Casa de Repouso Guararapes

Fortaleza, Ce., quinta-feira, 18 de maio de 2000

9A

**ceará**

ceara@povo.com.br

### Constatada melhoria em casa de repouso de Sobral

**Casa de Repouso Guararapes em Sobral recebeu melhorias após a intervenção da Secretaria de Saúde**

A visita de representantes de entidades do Fórum Cearense de Direitos Humanos à Casa de Repouso Guararapes, contou em Sobral, com boas melhorias quanto às instalações e atendimento aos pacientes. A instituição está sob intervenção do Secretário de Saúde do município desde o dia 2 de março.

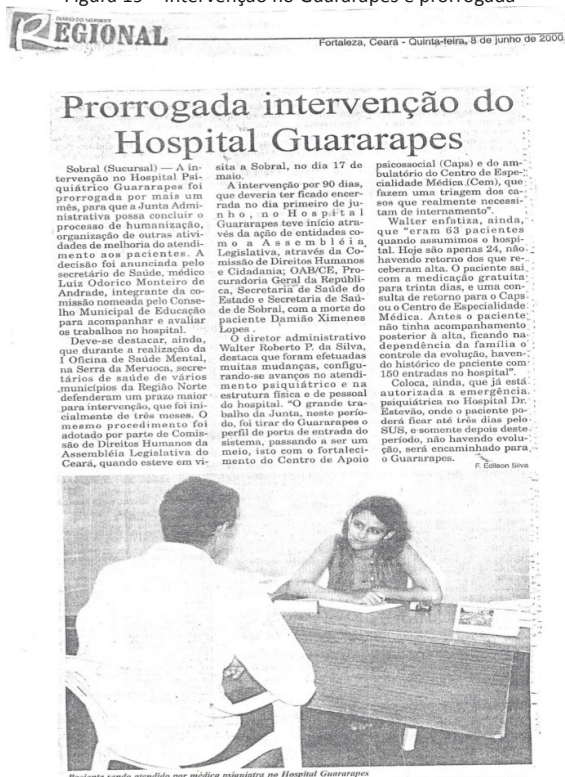
As investigações de maus-tratos contra os pacientes da Casa de Repouso Guararapes começaram após denúncia de espancamento e morte do paciente Danilo Ximenes Lopes, no dia 4 de outubro do ano passado.

Segundo o deputado João Alfredo (PT), presidente da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, embora a situação tenha mudado os problemas não terminaram. No dia 1º de junho, terminou o prazo da intervenção. A saída, segundo ele, é a desativação da unidade, ou ainda a desativação da intervenção. A saída, segundo ele, é a desativação da intervenção, depende da participação da Secretaria de Saúde do Estado e das prefeituras da região. Dos 21 pacientes que estão internados na unidade apenas dois são de Sobral. Não são bem-vindos com a família. Para a desativação, os profissionais precisam implantar Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Outra opção é a volta da instituição para o proprietário Sérgio Antônio Ferreira Gomes.

Fonte: O Povo (CONSTATADA..., 2000).

A escolha tomada foi pela prorrogação do prazo da intervenção por mais um mês, como exposto no dia 8 de junho de 2000 pelo Jornal *Diário do Nordeste*. Isso “para que a Junta Administrativa possa concluir o processo de humanização, organização de outras atividades de melhoria no atendimento aos pacientes” (PRORROGADA..., 2000). De acordo com o Ofício nº 048/05 - VC/DEJIN/PGU do Departamento Judicial Internacional e de Recomposição do Patrimônio da União, a decisão administrativa de nº 113, de 10 de julho de 2000, culminou no descredenciamento, por parte do SUS, da Casa de Repouso Guararapes, após 120 dias de intervenção no hospital psiquiátrico. Posteriormente a isso, como exposto pelo *blog* do Fórum Cearense, essa instituição teve suas portas fechadas.

Figura 19 – Intervenção no Guararapes é prorrogada



Fonte: Diário do Nordeste (PRORROGADA..., 2000).

Após todos esses acontecimentos, o entrevistado y narra que, passado esse período “bastante produtivo e vitorioso, começaram os problemas” para o Fórum Cearense e as divergências internas começaram a ficar cada vez mais evidentes. Ele assinala:

*[...] a visão que eu sempre trouxe para o Fórum era de que a questão da saúde mental era uma questão de sociedade, né? Não era uma questão de organização de serviço, era uma questão de transformação da sociedade. Nós não podíamos pensar em nenhuma a... a... luta em termos da questão da reforma psiquiátrica que se resumisse apenas a uma reorganização burocrática dos serviços, achando que o puro, o simples fechamento dos hospitais psiquiátricos e a substituição por uma rede de atenção em saúde mental é, de base comunitária, né? Pudessem responder à questão importante que é a determinação social do sofrimento, né? E a maneira como culturalmente a sociedade foi organizada é... numa... dentro de uma cultura manicomial, né? discriminadora, segregadora e institucionalizadora, né? O simples fechamento ou substituição, né? Do hospital psiquiátrico não dava resposta para essa questão maior, né? Que por isso, tinha que se envolver toda sociedade organizada, né? Pra incorporar as questões da luta antimanicomial, do pensamento antimanicomial, que uma sociedade sem manicômios na perspectiva que eu trazia, né? Na verdade, ela tinha que ser uma sociedade socialista, justa, igualitária, onde as diferenças não podiam implicar em desigualdades, que é o que ocorre no sistema capitalista, o sistema capitalista trata as diferenças como desigualdades, né? E com desigualdade. O diferente, ele é menor dentro da sociedade, não só o idoso, a criança, a mulher, o negro, o homosse...o...o...homossexual, né? É... Mas é... principalmente aqueles que são menores, não do ponto de vista de minoritário socialmente, mas são desqualificados dentro da sociedade, desqualificados dentro do sistema produtivo, é...que são os portadores de deficiência, os portadores de transtornos mentais, né? Então assim, numa dupla é... relação, né? A sociedade, ao mesmo tempo que produz, né? Ela desqualifica aquilo que ela produziu [Entrevistadora: ela cria ao mesmo tempo que exclui] que exclui, né? Ela tem uma...uma...atitude que eu sempre escrevi isso que era uma atitude antropofágica e antropeômica, né? No sentido de vomitar, quer dizer, ao mesmo tempo que devora, ela vomita, né? Ela no sentido da exclusão. Então essa... é... é... a gente só ia quebrar com isso, né? Superar isso é ...por um lado, culturalmente, mas por outro lado com a transformação econômica e social, né? Das bases econômicas que regem a sociedade, essa sociedade manicomial discriminadora, capitalista. A gente não pode esquecer que o capitalismo, ele foi gerador, né? De todo esse saber que é...principalmente do saber psiquiátrico, mas não só, é... que... [Entrevistadora: legítima?] É... exatamente! Que foi criado para legitimar a institucionalização, né? Dando um caráter científico, né? Pra um objeto que a própria medicina desconhecia, né? E que não era o objeto da medicina, né? Então isso vem do século XVIII, século*

*XIX, né? Esse processo de formação desse saber, é que pra legitimar dentro do processo de industrialização da sociedade, né? A exclusão daqueles que são improdutivos e isso era o foco mais importante na minha visão, ou na nossa visão, né? (Entrevistado γ).*

O entrevistador γ diz que essa posição que ele defende era compreendida e aceita, teoricamente, de certa maneira, pelos membros do movimento, mas que, na prática, o que se fazia era discutir, reivindicar e implantar serviços. Para ele,

*[...] aqui no Ceará, houve uma coisa interessante, porque os... os... protagonistas históricos do Ceará, que lutavam pela reforma psiquiátrica, né? Tinha uma relação muito forte, afetuosa, né? Com o poder, com a secretaria, com o governo estadual, por um lado e também com os hospitais, porque eram pessoas que atuavam nos hospitais. O Fórum, ele é um divisor nesse sentido, porque as pessoas que se incorporam no Fórum, né? Vão fazer a crítica aos hospitais, por isso ele já nasce com uma certa divisão. Porque tem uma parte que não se incorpora no Fórum Cearense que são dos protagonistas históricos, que ainda mantêm-se presos aos hospitais psiquiátricos, numa relação quase fraterna com o hospital psiquiátrico, apenas fazendo crítica ao hospital por uma modernização do hospital, e a criação de redes substi...de uma rede complementar [Entrevistadora: quase que como nasce o movimento dos trabalhadores também, no cenário nacional, né? Em que boa parte discutia também quase que para uma melhora dos serviços dentro da... da...] uma racionalização dos serviços, uma racionalização dos serviços com crítica ao modelo psiquiátrico, ao modelo asilar [Entrevistadora: mas não como um extinção total dele num primeiro momento, né?] Num primeiro momento (Entrevistado γ).*

Como exposto por γ, vale salientar que os demais entrevistados não trouxeram esse conteúdo; diante dessas divergências que se tornavam cada vez mais visíveis, formam-se dois grupos dentro do Fórum Cearense. Um grupo que ele chamou de “mais tradicional da reforma psiquiátrica”, que não tinha um caráter antimanicomial e o “Fórum com uma perspectiva antimanicomial, mas ainda preso na organização do serviço”. Na medida em que dentro do Fórum existiam duas posições relacionadas à hegemonia, de um lado o pensamento hegemônico sobre os serviços e de outro um pensamento de transformação da sociedade, ocorreu um rompimento dentro do movimento. Havia uma disputa pelo controle, pelo direcionamento do Fórum.

Vale ressaltar, como já foi exposto no capítulo que trata do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil, que essa dissidência, esse “racha”, acontecia também em nível nacional dentro no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Para  $\gamma$ , o que ocorreu no Ceará tem relação direta com o que aconteceu no movimento nacional. Para ele, o rompimento do Fórum não foi só por concepções distintas, mas por disputa de poder.

O que sucedeu, segundo  $\gamma$ , foi que, com o crescimento do Fórum, ele propôs uma ampliação da coordenação desse movimento no final de 2001, na época composta por quatro pessoas, para que ele tivesse uma nova configuração, uma coordenação composta por dez membros e isso foi visto por aqueles que faziam parte da coordenação como uma tentativa de “golpe, vamos dizer assim”. Essa discussão culminou em um embate, uma ruptura dentro do Fórum, gerando a saída da maioria dos membros do movimento. Ele relata:

*[...] essas divergências, como eu te disse, teve implicações do conflito nacional que eu vou te contar e houve uma articulação nacional pra que se tentasse um rompimento dentro do Fórum, só que nós não queríamos o rompimento no Fórum. Nós queríamos fortalecimento do Fórum, e o fortalecimento do Fórum, na nossa opinião, é... implicava no aumento da participação do controle do Fórum, do maior número de pessoas possíveis, por exemplo, estudantes que estavam entrando, a gente achava que tinha que ter uma expressão estudantil dentro Fórum, tinha que ter expressão dos interiores da capital, das entidades que estavam ali presentes né? Então não podia mais ficar entre quatro pessoas né? Na direção do Fórum (Entrevistado  $\gamma$ ).*

À medida que o Fórum foi se ampliando, pessoas militavam muito intensamente, então a proposta de ampliação da coordenação parecia coerente para  $\gamma$ . Não sendo aceita por algumas pessoas, a maioria do Fórum “achou por bem não se submeter a esse centralismo, [...] acho que saímos mais de 20 pessoas de uma vez”. Então passaram a discutir o que fariam a partir disso e formaram, em seguida, o Movimento Manicômio Nunca Mais. Segundo  $\gamma$ , até poucos anos atrás, entre 2002 e 2008, mais ou menos, esse movimento era o de maior força aqui em Fortaleza.

*Então a gente passou a trabalhar na perspectiva que nós entendíamos que era a luta antimanicomial, que ela não era um espaço restrito de*

*organização de serviços, né? Então passava a ser interessante para os trabalhadores organizados, para a população organizada, né? Um movimento da luta antimanicomial que falasse do sofrimento dos trabalhadores, do sofrimento da população mais pobre, né? Que era discriminada, que era segregada e que enlouquecia pelas condições de vida, pelas condições de trabalho, né? E quando a gente apontava isso, apontava que nós iríamos superar isso destruindo o hospício, sim! O manicômio, porque o manicômio era um emblema do sistema capitalista, né? E da sociedade manicomial, então destruir o manicômio, né? Mas criar uma nova sociedade, né? Onde fosse possível a convivência dos diferentes, sem desigualdades, né? Então esse foi o foco e isso realmente mobilizou (Entrevistado  $\gamma$ ).*

Perguntamos, de modo independente, para os entrevistados  $\alpha$  e  $\beta$  se eles conheciam outro movimento de luta antimanicomial além do que eles militavam. O primeiro respondeu que tinha conhecimento da Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental, que é em Messejana, comentou que ele era um movimento vinculado ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e que tem uma participação muito grande de profissionais que atuam no CAPS de Messejana, “mas que a gente não tem tanta proximidade não” (Entrevistado  $\alpha$ ). Para a mesma pergunta o entrevistado  $\beta$  disse conhecer o Movimento Manicômio Nunca Mais. Em sua narrativa, fez alusão a  $\gamma$  como ex-integrante do Fórum Cearense e que havia criado esse novo movimento articulado com o MNLA e que seria interessante nós pesquisarmos mais sobre a Associação, visto que, naquele momento, o objetivo da pesquisa era entender o Movimento de Luta Antimanicomial no Ceará.

Nesse mesmo período, o Movimento Nacional estava passando por muitas dificuldades, como observamos no Capítulo 3 e como assinala  $\gamma$ . Para ele, o MNLA foi se despolitizando, foi se isolando enquanto movimento específico. O Movimento da Luta Antimanicomial, como é narrado por  $\gamma$ , era o terceiro maior movimento do Brasil na década de 90, ficando atrás apenas do Movimento Sem Terra (MST) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT). Mas, com o passar dos anos, ele foi perdendo força. O entrevistado apresenta implicações desse contexto nacional para o que vinha acontecendo no Ceará e que nos ajudam a compreender a complexidade das questões que envolviam esse período.

*[...] já no final de 2001, parte do Fórum, especificamente a pessoa que... que... assumia-se como a maior liderança do fórum, né? Foi em nome do Fórum indicada pelo Fórum, por nós, pela coordenação, para participar de uma plenária do movimento nacional da luta antimanicomial. No entanto, a plenária nacional do movimento, com reuniões periódicas antes dos encontros nacionais, né? era o espaço de organização nacional, e a gente, todos os estados representantes para discutir a organização do...a organização do... encontro nacional, mas também de definir algumas lutas, enfim e... na plenária que houve, acho que no final de 2001, é... foi essa representante nossa do fórum com ...e como eu já vinha de uma militância no movimento nacional, é... também com as mesmas divergências que haviam no... existiam também dois grandes grupos no, dentro do movimento nacional, é, um desses grupos, né? É... de certa maneira cooptaram essa pessoa que foi do Fórum Cearense é... no sentido de que ela teria que ser responsável por uma hegemonia e por uma ruptura no sentido de que o nosso grupo não tivesse espaço aqui. Então ela já vem da plenária nacional com a intenção de diminuir o espaço de intervenção nossa. Por isso que eu disse numa conversa com você que houve razões pra que houvesse uma... um... uma...tsc... a plenária da construção da Rede Internúcleos aqui no Ceará [Entrevistadora: que foi o primeiro em 2003...] onde se criou a Renila, né? A Renila foi criada aqui, né? Já no bojo dessa tentativa de golpear uma parte do movimento nacional, já que eles vinham fazer uma divisão do movimento, tentaram se sustentar com essa parte do movimento no Ceará, né? Que estava em conflito conosco pra reforçar essa parte também, então era... como matar dois coelhos com uma cajadada, né? Ao mesmo tempo que cria a Renila, que... com a intenção de dividir o movimento nacional da luta antimanicomial, numa luta pelo poder que existia dentro do movimento nacional e, ao mesmo tempo, reforça um grupo aqui que combatia uma parte histórica do movimento da luta antimanicomial (Entrevistado γ).*

A narrativa de γ assinala que a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) foi criada aqui no Ceará já no bojo dessa tentativa de golpear uma parte do MNLA, já que ela intencionava fazer uma divisão do movimento tentando se apoiar no Ceará. Sobre quem viria a se tornar a liderança nacional do Renila, diz que se tratava de uma pessoa que já não se sustentava mais no MNLA no seu intento de hegemonizar o movimento nacional, era extremamente personalista, sectária e que acabou por encontrar uma “espécie de sócia” no Ceará.

Nesse cenário, o Movimento Manicômio Nunca Mais continuou apoiando o MNLA e o Fórum passou a ser um núcleo da Renila. O entrevistado γ expõe que “era como matar dois coelhos com uma

cajadada. Ao mesmo tempo que cria a Renila, com a intenção de dividir o MNLA numa luta pelo poder que existia dentro do movimento nacional, reforça um grupo aqui que combatia uma parte histórica do MNLA” (Entrevistado  $\gamma$ ). Relata que sempre, nas discussões realizadas pela Renila, o Fórum parecia existir normalmente, com a mesma expressão inicial, mas aqui no Ceará sabiam que ele praticamente não existia mais. Embora o primeiro Encontro da Renila tenha ocorrido em Fortaleza, o Fórum já não tinha visibilidade.

Diferente da visão mais crítica de  $\gamma$ , o entrevistado  $\beta$  não discute em nenhum momento de sua narrativa a questão do “racha” que ocorreu dentro do Fórum; o entrevistado  $\alpha$ , por sua vez, apresenta muito superficialmente o ocorrido, assinalando que:

*Nós que estávamos conhecendo o movimento, tivemos momentos de roda de conversa, de formação sobre o que seria esse movimento social, em que momento partiu dessa inserção aqui no Ceará, e ele veio de onde, foi algo que partiu daqui? Dos profissionais de saúde mental aqui do Ceará? Aí foi que a gente foi entender que o movimento social Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, ele é vinculado ao movimento nacional que é a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial, porque até então existia um movimento só, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental aqui no Brasil; era um movimento só, mas houveram algumas discordâncias, dissidências em relação a algumas questões, então esse movimento se dividiu, aí foi criado a Renila e foi criado também um outro movimento que eu não me lembro, não me recordo o nome (Entrevistado  $\alpha$ ).*

Do mesmo modo, a compreensão de  $\alpha$  acerca do I Encontro da Renila, que ocorreu em Fortaleza, diverge muito da visão apresentada por  $\gamma$ . Enquanto para este o Encontro era decorrência de um plano nacional para enfraquecer o MNLA, para o entrevistado  $\alpha$ :

*[...] lançaram o grande desafio de fazer o encontro aqui, o Encontro Nacional aqui no Ceará, com poucas pessoas, com poucos atores, acho que talvez uns quatro ou cinco do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial na época lançaram esse grande desafio da gente fazer esse Encontro Nacional aqui no Ceará e foi feito aqui no SESC Iparana e foi lindo, eu não estava no Fórum nesse período mas eu ouço relato das meninas e isso fortaleceu o movimento também, porque o Encontro Nacional agrega pessoas do Brasil todo, usuários, trabalhadores, familiares e eu participei de um que foi em Belo Horizonte, foi em 2007 mais ou menos, que foi o Encontro Nacional da Renila, que foi o que acon-*



*teceu aqui em Iparana, que foi o Encontro Nacional da Renila, agora imagine organizar um encontro como esse, com poucos militantes, mas também foi uma forma de trazer essa discussão para o Ceará e para os profissionais que estavam aqui, que essa discussão de movimento social estava distante da realidade de muitas pessoas, de muitos profissionais, de usuários e familiares e da própria comunidade e sociedade de um modo geral (Entrevistado  $\alpha$ ).*

Perguntamos ao entrevistado  $\gamma$  o que ocorreu posterior ao primeiro momento, de fortalecimento do Movimento Manicômio Nunca Mais e de enfraquecimento do Fórum Cearense e ele nos respondeu que:

*[...]os militantes, a maior parte dos militantes do Fórum, ao saírem do Fórum, constitui o Manicômio Nunca Mais. É... as ações do Manicômio Nunca Mais, teve expressão no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde Mental, na organização da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, no Conselho Estadual de Saúde, nos movimentos populares de saúde, em especial no Grande Jangurussu e Conjunto Palmeiras, por exemplo, que era, além do Bom Jardim, a região mais mobilizada de luta social. O Conjunto Palmeiras, o Grande Palmeiras e adjacências, teve com nossa inserção lá a construção do movimento de saúde mental do Grande Jangurussu, que depois se desmontou; a criação e aprovação da Resolução número 60 na Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, aprovada no Conselho Municipal de Saúde como resolução que ditava a nova política de saúde mental de Fortaleza, coisa que não aconteceu na prática, que foi engavetada, pois bem...é o Manicômio Nunca Mais que teve expressões desse tipo, articulando o movimento sindical e popular. O Manicômio Nunca Mais passou a lutar também no processo de expansão dos CAPS, a partir do governo Luizianne Lins, contra a não realização de concurso público. Com a criação de CAPS "a rodo", a partir de 2005, com profissionais temporários, com relações precarizadas de trabalho, nós do Manicômio Nunca Mais fizemos intervenção no sentido de combater esta inconstitucionalidade, inclusive no Ministério Público, exigindo uma posição do Ministério Público a esse respeito (Entrevistado  $\gamma$ ).*

Foi esta a demanda do Movimento Manicômio Nunca Mais que desencadeou, em 2006, um inquérito civil que resultou no primeiro "Termo de Ajuste de Conduta", assinado em 2011, permitindo, em regime de urgência, a realização de uma seleção pública para a saúde, em Fortaleza, enquanto se preparasse o concurso público, que acabou não se realizando na gestão da ex-prefeita da capital.

O entrevistado  $\gamma$  resume dizendo que o Movimento Manicômio Nunca Mais se forma dentro de um “racha” e o Fórum Cearense fica com praticamente três ou quatro pessoas que se aliaram a setores do movimento nacional que queriam “rachar” esse movimento e constituir a Renila, o que, segundo ele, foi feito. Essas poucas pessoas, quando a ex-prefeita de Fortaleza, Luizianne Lins, ganha as eleições, em novembro de 2004, foram inseridas na Secretaria Municipal de Saúde. Uma delas, a mais influente e que ocupava o cargo de gerente da Célula de Atenção Básica, dividia poder e espaço com o secretário de Saúde de Fortaleza na época. Havia um duplo poder dentro dessa secretaria. Contudo, com o tempo, com o enfraquecimento da influência exercida pelo gerente da Célula, não foi possível que ele conseguisse construir a política de saúde mental que desejava, o que fez com que a “Resolução 60” não fosse implementada.

De acordo com a Resolução nº 60, de 21 dezembro de 2004, no que tange à reorientação do modelo de atenção, foi estabelecido que:

*A Política Municipal de Saúde Mental somente se desenvolverá na sua plenitude, concebida intersetorialmente, devendo se integrar com as outras políticas sociais: Educação, Trabalho, Lazer, Cultura, Esporte e Habitação, para se garantir a reversão do quadro epidemiológico e, em especial, o exercício pleno da cidadania dos portadores de transtornos mentais. Consolidar o Modelo de Atenção Integral à Saúde Mental como um Sistema de Referência e Contra-referência, cuja porta de entrada são as unidades básicas, tendo como retaguarda os serviços especializados, tais como, os CAPS's, Hospitais-Dia e Hospitais Gerais. Estes serviços serão integrados aos Centros de Convivência e Cooperativas, e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Considerando que os CAPS's se configuram como uma das modalidades de serviços de atenção à saúde mental no contexto do sistema de referência e contra-referência da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, e consoante com as diretrizes nacionais que orientam suas práticas (portarias ministeriais 224/91 e 336/02), define-se a seguinte política em relação à implantação e funcionamento deste serviço: Criação de CAPS's tipo II em todas as regionais de Fortaleza, com Projetos Terapêuticos norteados pelo perfil epidemiológico da região, assumindo seu caráter substitutivo a internação psiquiátrica. Ampliar o funcionamento dos CAPS's até 21:00h. Exigir de todos os CAPS's a execução da programação de hospitalidade diurna a pacientes em situação de crise, respeitando o número máximo de pacientes/dia previstos para o tipo de CAPS, no sentido de garantir a cobertura assistencial e a qualidade do serviço. Equipar os CAPS's das condições necessárias, incluindo recursos materiais e transporte, para o desenvolvimento de todas as*

*suas ações programáticas na comunidade, tais como: atendimento domiciliar, trabalho educativo em saúde mental na comunidade, trabalho inter-institucional, orientações juntos as outras unidades de saúde, entre outros. Implantação imediata de CAPS's AD (álcool e drogas), considerando a precariedade de serviços nesta área, e que suas ações de cuidados sejam orientadas por uma política que vise efetivar a construção de ações estratégicas de prevenção e de combate ao abuso de álcool e de outras drogas, assim como o tratamento para dependentes químicos. Criação de Unidades de Atenção em Regime de Hospitais – Dia para execução de cuidados contínuos e intensivos para portadores de transtornos mentais em situação de crise. Criação de 44 equipes multidisciplinares de saúde mental, composta por assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, educadores (de arte e esporte), fonoaudiólogo, monitores, enfermeiro e auxiliar de enfermagem e psiquiatra; nas Unidades Básicas de Saúde, para desenvolverem ações assistenciais, de promoção, de prevenção e de vigilância à saúde mental, na proporção de 1 equipe / 50.000 habitantes. Capacitar e acompanhar os agentes comunitários de saúde (PACS) para que estes agentes tornem-se aptos a fazer a detecção precoce de situações de crise na comunidade, bem como possam identificar grupos de pessoas de risco para sofrerem transtornos mentais. Os ACS, sob supervisão das equipes dos CAPS's e das Unidades Básicas de Saúde, darão suporte comunitário e domiciliar aos usuários com transtornos mentais, garantindo a continuidade do tratamento e os cuidados necessários; podendo também desenvolver atividades educativas e de inserção social. Criação de Centros de Referência para o Atendimento de Crianças e Adolescentes, com necessidades especiais ou transtornos mentais graves, em regime intensivo de acompanhamento, e conforme critérios epidemiológicos. O atendimento de crianças deverá se dar preferencialmente nas Unidades Básicas de Saúde; e, nas situações em que o Centro de Referência julgar necessária a observação em regime de internação ela se dará exclusivamente em enfermarias pediátricas dos hospitais gerais. De acordo com indicadores epidemiológicos reconhece-se 01 (uma) Emergência Psiquiátrica em Pronto Socorro Geral para cada 600 mil habitantes, e a destinação de 5% a 10% dos leitos em hospital geral para internações breves. Esta orientação, assim efetivada, garante resolutividade, tornando desnecessária as internações em hospitais psiquiátricos, diminuindo assim os gastos públicos aí alocados. Para responder a estas orientações deverão ser implantados leitos psiquiátricos em Hospitais Clínicos Gerais e Pronto-Socorros Gerais para o atendimento de emergências psiquiátricas, para observação e tratamento com período de até 72 horas de permanência, com a necessária retaguarda de leitos de enfermaria, com a permanência média de até 15 dias de internamento. Neste sentido o gestor municipal deverá articular-se com o gestor Estadual (SES) para a implantação de emergências psiquiátricas nos hospitais gerais estaduais, assim como na rede de hospitais gerais municipais. A internação psiquiátrica só poderá ocorrer quando observados os critérios estabele-*

*cidos na Lei no 10.216, ressalvando, entretanto, que os riscos para si, para terceiros e/ou exposição social só deverão ser caso de internação involuntária, quando não houver suporte assistencial extra-hospitalar, familiar e/ou comunitário, capazes de impedir tais riscos; Os laudos não poderão ser emitidos por serviços privados e/ou conveniados ao SUS, exceto em casos excepcionais e nesses casos devem ser respaldados por um auditor do SUS em até 72 horas. Instituir o controle do tempo de internação em hospital psiquiátrico para que a mesma seja no máximo de 25 dias, procurando ser observado o menor tempo possível. Em caso de permanência além dos 25 dias, deve ser efetivada uma revisão do caso clínico e encaminhado solicitação de prorrogação, no prazo de 72 horas, ao auditor do SUS sendo de sua competência autorizá-la. Implantar o sistema de referenciamento da Central de Regulação e o SAMU com os CAPS's e o HSMM, como previsto na Resolução "Projeto de Implementação Gradual da Atenção Pré-hospitalar ao Portador de Transtorno Mental" elaborado pela Comissão de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica e aprovado pelo pleno do Conselho Municipal de Saúde. Considerando a perspectiva do fechamento dos hospitais psiquiátricos no Município de Fortaleza e a existência de uma população moradora destes hospitais que perderam os seus vínculos parentais, o Município deverá criar os Serviços Residenciais Terapêuticos no intuito de acolher, promovendo cuidados e proteção, e possibilitar a re-inserção social e o desenvolvimento de projetos de vida autônomas; obedecendo aos critérios da Portaria GM/MS No 106/2000. A Política Municipal de Saúde Mental deverá garantir a implantação do Programa "De Volta para Casa", aos usuários internados há pelo menos 02 (dois) anos em hospitais psiquiátricos, no sentido de favorecer o acolhimento pela família, de acordo com a Lei Federal no 10.708 de 31/07/2003. A Política de Saúde Mental deverá contemplar e financiar um Programa de "Cuidadores Sociais" com o objetivo de dar suporte às famílias de portadores de transtornos mentais graves, cujos responsáveis sejam idosos ou portadores de doenças incapacitantes. Estes cuidadores deverão contar com a capacitação e a devida retaguarda técnica das equipes dos serviços onde os usuários estão matriculados, possibilitando-os realizar: acompanhamento terapêutico, ações de cuidados domiciliares, atividades sócio-recreativas, dentre outras, aos portadores de transtornos mentais; evitando os riscos de abandono e exclusão social. A Política de Saúde Mental deverá incluir os princípios da educação popular na prática das ações de saúde em todos os níveis de atenção, por compreender que esta abordagem possibilita a problematização, a incorporação de estratégias populares de cuidado e promoção à saúde, promovendo a socialização de saberes entre profissionais de saúde e população de forma dialógica e inclusiva. Incluir as práticas populares de cuidados e promoção à saúde mental, tais como, ficoterapia, a terapia comunitária, massoterapia e outras práticas. Considerando que a prática educativa é de responsabilidade de todo profissional, deverá ocorrer como consequência das atividades de educação em saúde e em saúde mental, através da*

*metodologia da educação popular, a abertura de canais para haver: a interação técnica com a população usuária do serviço; e o trabalho de lhes fomentar o processo de organização popular fundamental para a conquista de sua autonomia cidadã. Criação dos Centros de Convivência e Cooperativas em espaços públicos (parques municipais, centros esportivos, centros comunitários) com o objetivo de promover a inclusão social do portador de necessidades especiais, possibilitando a relação com a sociedade usuária geral destes espaços, habilitando-os para novos contratos de convivência, não mais sob a égide da doença e da tutela. O Gestor Municipal deverá instituir uma Política de Cooperativismo, estimulando e valorizando as experiências da socioeconomia solidária como caminho para se promover trabalho a todos os segmentos hoje excluídos do seu acesso, em particular os portadores de necessidades especiais e os portadores de transtornos mentais, por desenvolverem um comprometimento de saúde, ou por não terem as qualificações exigidas pelo mercado formal. Garantir que na implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador sejam contempladas as ações de Saúde Mental, devidamente inseridos no sistema de referenciamento com as outras unidades de saúde e de saúde mental (FORTALEZA, 2004, p. 2-4, grifo do autor).*

Esse documento apareceu na narrativa do entrevistado  $\gamma$  do seguinte modo:

*[...] a Resolução 60 tinha sido criada por setores que não estavam no Fórum, que tavam construindo o movimento aqui em Fortaleza, né? E as pessoas que foram para a secretaria eram pessoas que não estavam no movimento é... da reforma psiquiátrica psiquiátrico em Fortaleza, né? da luta antimanicomial em Fortaleza, né? O Fórum já tinha se decomposto, isso em 2004, né? Aliás, em 2005, né? Porque a eleição foi em 2004. Começa o governo da Luizianne Lins, o primeiro em 2005, né? Então o Fórum já não existia na prática e o único movimento que tinha aqui era o Movimento da Luta Antimanicomial que a ONG Manicômio Nunca Mais era a articuladora. E o que aconteceu foi isso, com a entrada no governo, obviamente tem um [...] um respiro, né? que a máquina da prefeitura passa a ser utilizada pro fortalecimento das ações desse grupo, né?(Entrevistado  $\gamma$ ).*

Nesse período, a partir de 2005, portanto no primeiro ano do primeiro mandato da gestão da ex-prefeita Luizianne Lins, ocorria a inserção do entrevistado  $\alpha$  no Fórum Cearense através de sua vinda do interior, onde trabalhava em um CAPS, para atuar na saúde mental em Fortaleza. Foi, segundo ele, um momento de implantação e ampliação do serviço de saúde mental na capital. Relata

que esse contato se deu pela convivência que teve com pessoas ligadas a esse movimento. Vale salientar que os nomes apresentados na narrativa de  $\alpha$  como as pessoas mais influentes no Fórum no momento de seu ingresso no movimento foram os mesmos apresentados por  $\gamma$  como os que permaneceram no Fórum no momento da sua divisão.

Através da narrativa de  $\alpha$  é possível compreender um pouco como ocorreu essa vinda de trabalhadores do interior para Fortaleza, tanto para aprender sobre saúde mental, como para “montar” um serviço, pois, diferente do que ocorreu no restante do País, a reforma psiquiátrica no Ceará se deu do interior para a capital. A aproximação de muitos desses trabalhadores com o Fórum Cearense de Luta Antimanicomial aconteceu em um momento em que:

*[...] também tinham alguns profissionais que trabalhavam e participavam no fórum e de Morada Nova, porque eles faziam os convites para as reuniões que aconteciam aqui em Fortaleza e os profissionais passaram a aderir, primeiro para conhecer, porque, na época, existia uma angústia muito grande em relação a esse serviço de saúde mental, [...] então foi muito mais por uma necessidade de angústia dos profissionais de tentarem debater, discutir sobre a saúde mental no Ceará porque os serviços de saúde mental foram implantados no Brasil, mas a implantação e a operacionalização desses serviços ainda era muito confusa, muito complexa para alguns profissionais e para os gestores também, então mesmo os CAPS sendo criados no interior do Ceará, existiam algumas práticas que eram manicomiais, os gestores realmente não tinham entendimento do que era essa política, então isso gerou uma angústia muito grande em alguns profissionais de saúde, eles não tinham a quem recorrer, então o fórum também foi uma forma de entender e compreender também essa angústia que eles compartilhavam em relação a saúde mental, mas de que forma poderíamos intervir em relação a isso? Então ele iniciou só com profissionais mesmo, eram os profissionais de saúde mental que estavam no interior e que vinham, acho que a reunião era só uma vez por mês, acho que no CREAS, não sei em que outros locais eles faziam, mas era mais nesse sentido, de compartilhar as angústias, ver de que forma eles poderiam intervir, qualificar sua própria atuação na saúde mental, levando em consideração sempre os paradigmas da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, mas não tinha inserção de usuários e familiares, mas era algo que era angustiante para os militares, para as pessoas que faziam parte. Como é que é um movimento social que não tem a participação de familiares, de usuários, né? Mas essa mobilização, essa sensibilização para que os usuários e os familiares fizessem parte desse movimento foi um processo também, que está em processo até hoje (Entrevistado  $\alpha$ ).*

O entrevistado  $\gamma$  assinala que, em 2005, no momento em que “eles estavam chegando na secretaria”, fazendo alusão ao pequeno grupo que compunha o Fórum, quem realizou a comemoração do dia 18 de maio foi o Movimento Manicômio Nunca Mais. A ilustração abaixo, no formato de jornal, foi criada e distribuída por esse movimento para comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O documento completo (ANEXO D) mostra como ele abordava diversos aspectos relacionados à saúde mental, orientando, explicando, instigando a população a refletir sobre diversas temáticas.

Figura 20 – Folheto em comemoração ao dia 18 de maio

**18 DE MAIO**  
**DIA NACIONAL DA**  
**LUTA ANTIMANICOMIAL**

---

**DIGA NÃO AOS HOSPITAIS**  
**PSIQUIÁTRICOS**

O dia 18 de Maio não é um dia diferente dos outros para mais de 30 milhões de brasileiros com sofrimento mental, e nem para o restante da sociedade que, “com certo alívio”, sentem-se normais. É mais um dia de sofrimento, de intolerâncias, de discriminações e de segregações, seja no trabalho, na família, nas escolas, nas ruas, nas prisões...

Desde 1987, no entanto, o dia 18 de Maio passou a representar a preocupação cotidiana dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, dos movimentos sociais e sindicais, que lutam pelos direitos de cidadania e

justiça social, e por uma sociedade que dê chance à vida, à liberdade e ao prazer. E para isso constituíram um forte Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, organizado em todos os Estados brasileiros e inúmeros municípios.

**Manicômio** é um termo genérico que usamos para classificar hospícios, asilos, hospitais psiquiátricos e demais lugares de tratamento da doença mental que se valem do princípio do isolamento do louco da sociedade.

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2005).

Em 2006, por exemplo, o “Ciclo de Cinema e Saúde Mental” foi realizado no Museu de Imagem e Som, em Fortaleza, onde ocorreu um debate com representantes de movimentos sociais. Embora os sindicatos e movimentos sociais tenham sido, em sua maioria, cooptados pela gestão, grande parte deles perderam autonomia e independência crítica, retrocederam na mobilização e, nesse sentido, o Movimento Manicômio Nunca Mais não podia contar com o seu apoio como antes.

Até esse período, mais ou menos, os eventos relacionados à saúde mental que ocorriam em Fortaleza eram promovidos por esse movimento. O entrevistado  $\gamma$  disse ainda que teve uma colaboração muito importante na organização e participação de muitas pessoas,

junto com o Rio de Janeiro, no Movimento da Luta Antimanicomial, que ocorreu em 2008, em São Paulo. Acreditamos que, na verdade, ele se referiu ao VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial que aconteceu em São Paulo, no ano de 2005, visto que não tivemos conhecimento da realização de nenhum encontro nesse ano no estado mencionado.

Em 2005, como narra o entrevistador  $\gamma$ , foi criada a Associação Chama Acesa de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental, “[...] a primeira Associação de Usuários e Familiares”. “A Chama Acesa é parceira, irmã ou filha, não sei, do Manicômio Nunca Mais” (Entrevistado  $\gamma$ ). Esse último, o Movimento Manicômio Nunca Mais, foi responsável pela articulação de Conselhos Locais de Saúde, através da pressão exercida na Comissão Municipal de Saúde Mental.

O enfraquecimento do Manicômio Nunca Mais, nos anos seguintes, se deu não pela entrada unicamente de algumas pessoas do Fórum no aparelho do Estado, mas pelo embate, cada vez mais evidente, que esse movimento entrava com a Prefeitura. O Entrevistado  $\gamma$  relata que eles eram “violentamente atacados. Nossa divergência com a Prefeitura era total, nós não defendíamos o ‘Capisentrismo’, nós defendíamos a intervenção nos hospitais psiquiátricos que não foi feita”. Defendiam a implantação da Resolução nº 60 que era uma política de saúde mental integral de base comunitária, em forma de rede, “sem o centrismo dos CAPS”; equipes de saúde mental nas unidades básicas, nos hospitais gerais; criação de centros de convivência e cooperativa; serviços residenciais terapêuticos; trabalho em saúde mental popular para desconstruir a concepção manicomial que existe na sociedade; saúde mental no trabalhador etc. Toda essa pressão sobre a Prefeitura de Fortaleza resultou, segundo ele, em perseguição.

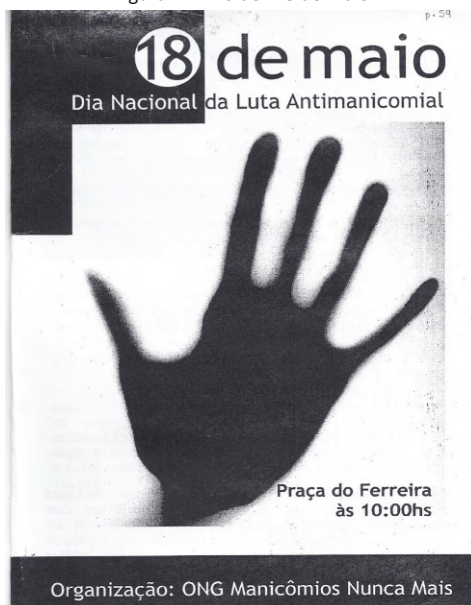
*Eu não tenho nenhum problema de dizer e outras pessoas confirmam isso, que nós fomos ameaçados de morte. A coordenadora da ONG Manicômio Nunca Mais, em 2006, recebia ligações com ameaças de morte, né? e nós, todos os integrantes da Manicômio Nunca Mais, éramos citados nas assembleias convocadas pelo Colegiado em Saúde Mental, reunindo os trabalhadores de saúde mental contratados de forma precarizada. Nós éramos citados nominalmente dizendo que nós queríamos tirar o emprego dessas pessoas, a gente tava exigindo concurso público. Isso aí é... pessoas que participaram dessas reuniões, né? (...) todos os integrantes eram citados como pessoas inimigas dos trabalhadores de*



*saúde mental. Então esse processo de embate, né? foi se tornando extremamente desgastante para o Movimento Manicômio Nunca Mais, associado com o fato de nacionalmente o movimento estava dividido, estava em declínio. Isso fez com que nós decidimos por uma reorientação da nossa ação, né? Os 18 de maios passaram a ser eventos oficiais, né? Pequenos eventos coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde, não eram mais eventos [...], eram burocráticos, onde eram aliciados é... pacientes dos CAPS para ir para esses eventos, que não eram militantes, sequer tinham discussão prévia sobre o que iam fazer nesses eventos, né? eram formas de oficinas múltiplas, né? que tinham pouco conteúdo e discussão política sobre a questão da sociedade sem manicômios. Então isso nos reorientou o nosso trabalho (Entrevistado γ).*

A partir das ameaças constantes, os membros do Movimento Manicômio Nunca Mais decidiram que a atuação seria em nível de bairro, “dar um passo atrás”, inserir as ações em nível local e manter a Chama Acesa como articulação, mas ela também refluíu. A última vez que organizaram a comemoração do dia 18 de maio foi em 2006, na Praça do Ferreira, como mostrado pelo fôlder a seguir.

Figura 21 – Fôlder 18 de maio



Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2006).

O Movimento Manicômio Nunca Mais manteve o trabalho que realizava desde 2004, no Parque Betânea, e continuou, até pouco tempo, segundo  $\gamma$ . Foram trabalhadas as necessidades locais, a identidade dos moradores em um bairro excluído das políticas públicas, o resgate da história da comunidade, a sua trajetória de luta desde a ocupação e a constituição do bairro como ele é hoje, organizando o “Movimento Popular em Defesa das Políticas Públicas do Parque Betânea”. Diz que é desta forma que entende que é trabalhar a questão da saúde mental, da luta antimanicomial. Com relação ao Grande Jangurussu, houve uma diminuição das atividades. Acrescenta que “refluímos, mas isso não quer dizer que o Fórum Cearense avançou, ele se reconstituiu com novas pessoas” (Entrevistado  $\gamma$ ).

O entrevistado  $\gamma$  finaliza sua narrativa dizendo que para chegar aos dias de hoje, o Movimento Manicômio Nunca Mais optou por centrar maiores esforços na construção de um forte movimento em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e contra a privatização da saúde, intitulado de “Fórum em Defesa do SUS e pelo Concurso Público Já - Sede Ceará” que articula militantes de mais de 16 entidades. Entende que o desmonte do SUS e a privatização da saúde em curso no Brasil é uma das maiores derrotas sofridas em relação às utopias que alimentamos na luta por reforma sanitária, reforma psiquiátrica e sociedade sem manicômios. Relata que criaram este Fórum no dia 27 de fevereiro de 2014 e que tem sido o principal investimento deles enquanto militantes (FÓRUM EM DEFESA DO SUS E PELO CONCURSO PÚBLICO JÁ, 2014).

Figura 22 – Fôlder do Fórum em defesa do SUS e pelo Concurso Público Já

[defesadosus.blogspot.com.br](http://defesadosus.blogspot.com.br)  
**Fórum em Defesa do SUS  
e Pelo Concurso Público Já!**

# A SAÚDE É UM DIREITO, NÃO É MERCADORIA!

*Não à FAGIFOR e ao ISGH, por um SUS 100% público, gratuito e de qualidade.*

A saúde é um direito garantido pela Constituição Federal para todas as pessoas, mas em Fortaleza esse direito é negado. São filas intermináveis, estruturas precárias, falta de medicamentos, de insumos, demora nos exames, desvalorização dos trabalhadores e ausência de concurso público.

A situação é desesperadora e a causa disso tudo é a transferência ilegal desse serviço para a iniciativa privada, transformando a coisa pública num comércio. O nome dessa prática é **neoliberalismo**, e em Fortaleza, a prefeitura comercializa serviços básicos como num balcão de negócios entre empresários que visam somente interesses particulares, transformando a necessidade de quem precisa em moeda de troca.

Assim é a **Privatização da Saúde em Fortaleza**, ilustrada pelo contrato milionário com o ISGH (Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar), uma Organização Social (OSS) que presta serviços em saúde, onde o **contrato vigente é no valor de R\$281.396.405,88.**

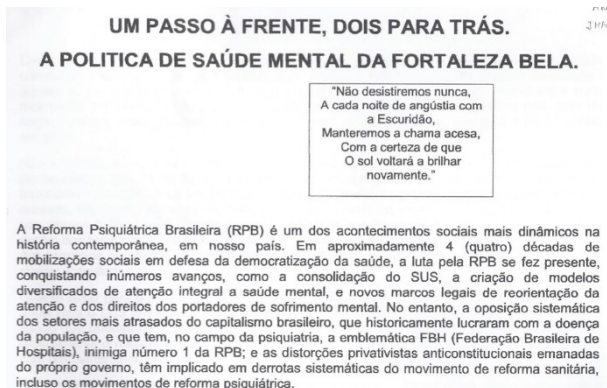


**Fórum em Defesa do SUS e Pelo Concurso Público Já!**

Fonte: Elaborado pelo Fórum em Defesa do SUS e pelo Concurso Público Já! (2014).

O Movimento Manicômio Nunca Mais e a Associação Chama Acesa de Usuários Familiares e Amigos da Saúde Mental mantiveram, ainda, a elaboração de documentos com posicionamentos críticos em relação à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial. O manifesto “Um passo à frente, dois para trás - A política de saúde mental da Fortaleza Bela” (ANEXO E), lançado em 2012, é um exemplo disso.

Figura 23 – Manifesto Um passo à frente, dois para trás. A política de saúde mental da Fortaleza Bela



Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2012).

Em alguns momentos na narrativa do entrevistado  $\alpha$  ficou claro o apoio, ainda que pontual, recebido pelo Fórum Cearense durante os dois mandatos da ex-prefeita Luizianne Lins, através, por exemplo, de ajuda de custo para participação em eventos.

*[...] aí a gente conseguiu se organizar para ir para o Encontro Nacional que foi em Brasília, nós conseguimos um ônibus com o apoio do Conselho Federal de Psicologia, com o apoio, na época, da prefeitura municipal de Fortaleza, talvez foram umas 30 pessoas, dessas pessoas foram usuários, profissionais e familiares, foi lindo! Foi em 2007. A Marcha foi em 2009, a gente foi para a marcha também. A gente foi para esse Encontro em Brasília, isso foi um marco para gente compreender como se dá esse movimento em âmbito nacional, no Rio de Janeiro, em Santos, a programação foi muito feliz, várias questões foram discutidas, a ampliação dos serviços de saúde mental na época, mas também o processo de desconstrução que já apontava, a precarização do trabalho, da terceirização, como isso vinha prejudicando o serviço, e como isso atinge o usuário (Entrevistado  $\alpha$ ).*

Ele relatou que o Fórum não recebe nenhum financiamento da Renila e que só conseguiram apoio para ir para a Marcha, em 2009, porque haviam tentado antes com o Conselho Regional de Psicologia da época, com o Conselho Regional de Serviço Social e não tinham obtido nenhuma ajuda e que comunicaram à Renila que iriam desistir de participar, quando veio o apoio do Conselho Federal de

Psicologia (CFP). O entrevistado  $\alpha$  disse que eles, a Renila, em articulação com o CFP, financiaram todas as passagens de ida e volta de onze pessoas, na sua maioria usuários.

Em novembro de 2014, o Fórum Cearense promoveu o I Encontro Estadual de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial no Centro de Formação Frei Humberto. Esse Encontro foi o resultado do Projeto “Experiências Antimanicomiais: afirmando direitos, conquistando cidadania”. Esse Projeto foi realizado através de um encontro formativo com profissionais e estudantes e de oficinas preparatórias que mobilizaram usuários e familiares em vários municípios do Ceará. Através do apoio do Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza, no Bom Jardim, foi possível que o Fórum concorresse ao edital lançado pelo Ministério da Saúde na época, pois, diferente do Fórum, o Centro se configura como uma entidade.

De acordo com a “Carta Aberta”, documento produzido como resultado desse evento, foram algumas das reivindicações e propostas desse Encontro: realizar imediatamente concursos públicos para as diversas categorias profissionais; ampliar e garantir a aplicação dos recursos financeiros para implantação e manutenção dos serviços de saúde mental; garantir a qualidade dos CAPS; intensificar o cuidado direcionado à família; estimular e apoiar a criação de associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental; fortalecer a política de redução de danos; revisar as condições dos manicômios judiciários no Ceará etc. A moção de repúdio presente nesse documento assinala, ainda, o repúdio ao financiamento público das comunidades terapêuticas (CARTA ABERTA DO I ENCONTRO ESTADUAL DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL, [2014?]). Segue abaixo a imagem do cartaz de divulgação desse evento.

Figura 24 – Cartaz do I Encontro Estadual da Luta Antimanicomial



Fonte: Elaborado pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (2014).

No dia 3 de fevereiro de 2016, o Fórum Cearense organizou a I Conferência Livre de Direitos Humanos e Saúde Mental, com apoio do Conselho Regional de Psicologia 11ª Região, que teve como tema

“Direitos Humanos e Saúde Mental: panoramas e desafios”. Esse evento ocorreu no Auditório Raquel de Queiroz, no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Nesse mesmo ano, houve uma série de atividades realizadas pelo Fórum em comemoração ao dia 18 de maio. Diante da conjuntura política em que o Brasil se encontra, ocorreu no Dia da Luta Antimanicomial um “Ato Político em Defesa da Democracia e da Luta Antimanicomial” na Praça José de Alencar, em Fortaleza (CONFERÊNCIA LIVRE DE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL, 2016).

A programação começou no dia 30 de abril com “Percurso urbano sobre a história da loucura e os modelos de cuidado em Fortaleza”. No dia 6 de maio, houve o lançamento da exposição artística “Diversos olhares na luta antimanicomial”, produção artística dos usuários dos serviços de saúde mental de Fortaleza, organizada pelos artistas plásticos J. W. Crispim e Raimundo Lima. No dia 11 de maio, ocorreu uma mesa-redonda intitulada “Percurso da luta antimanicomial e a resistência frente à conjuntura atual”. No dia seguinte, a discussão foi acerca de “O debate das opressões e a luta antimanicomial no Brasil”. “Saúde mental: interlocuções entre a universidade e o movimento social” e os “Direitos humanos e resistências da luta antimanicomial: debatendo políticas públicas sobre drogas” foram temas discutidos no dia 16 de maio. No dia seguinte, houve o “Cinedebate LoUcupa” com o filme “Nise: O coração da loucura”. O dia nacional da luta antimanicomial foi comemorado com o espetáculo “Diário de um louco” e com o “Ato político - Em defesa da democracia e da luta antimanicomial”. No dia 19 de maio, a “Trilha das sensações” e a roda de conversa “Por que lutamos?” foram os eventos ocorridos e, por fim, as celebrações dessa data foram encerradas no dia 24 de maio com o Seminário Estadual de “Saúde Mental e o Controle Social: implantação da Comissão Estadual de Saúde - CESAU”.

Acreditamos que seja importante apresentar os temas da programação desse último evento promovido pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial porque evidencia, de certo modo, como está a atuação desse movimento no atual contexto em que vivemos. Percebemos, ainda que, embora muito aquém do desejado pelo próprio movimento, como exposto na maioria das narrativas, tem havido, de certo modo, um aumento no número de “simpatizantes” pelas causas ligadas à saúde mental, talvez pela

necessidade, cada vez maior, de que os atuais moldes que a engendram sejam discutidos e repensados nos mais diversos setores da sociedade. Isso fica mais evidente se observarmos os apoios recebidos de universidades, sindicatos, conselhos etc., por exemplo, durante esse último evento.

Figura 25 – Programação em comemoração ao 18 de maio

**PROMOÇÃO**  
Fórum Cearense da Luta Antimanicomial -FCLA  
LoUcupa Ceará

**APOIO**  
Núcleo de Estudos Sobre Drogas-NUCED/UFC;  
Secretaria de Cultura do Ceará /SECULT CE;  
Projeto de Extensão Rio-tratás da Juventude  
Paralaxe – UFC; Balneario; Fórum Cearense  
de Residentes; ONG Mediação de Saberes;  
Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental  
(GEPJM);  
Centro Acadêmico de Psicologia da UECE,  
estudantes do Curso de Medicina e Ciências  
Sociais da UECE;  
Conselho Regional do Serviço Social- CRESS/CE;  
Conselho Estadual de Saúde do Ceará –  
CESAU/CE  
Departamento de História da UFC  
Faculdades Nordeste –FANOR  
Crítica Radical  
Sindicato dos Odontologistas do Ceará -  
SINDIODONTO

**EM DEFESA DA DEMOCRACIA  
E DA LUTA  
ANTIMANICOMIAL**

**Programação do 18 de Maio  
Dia Nacional da Luta  
Antimanicomial/CE**

**Período  
30/04/2016  
à  
24/05/2016**

PROGRAMAÇÃO SUJEITA A ALTERAÇÕES  
Contato:  
formacaodaluta@gmail.com

JW Crispim

JW Crispim

Fonte: Elaborado pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e pelo Movimento LoUcupa Ceará (2016).

No que se refere ao momento mais atual do Fórum, o entrevistado  $\alpha$  abordou um assunto interessante, que é o desejo dos membros do Fórum Cearense de que ele se transforme em uma entidade formalizada. Ele relatou o fato de terem feito contas de quanto isso custaria, mas são muitos os desafios para que isso se concretize. Precisariam, para além de materiais como computador, som etc., ter uma estrutura fixa, porque o Fórum permanece, como ocorre desde sua criação, em 2000, sem uma sede. As reuniões acontecem em locais diversos, acordados entre os membros com dias de antecedência.



# Considerações finais que apontam para a necessidade de novos começos

“O medo da loucura, na maioria das vezes, outra coisa não é senão o próprio medo de viver, de enfrentar as exigências de nosso aperfeiçoamento, de dominar nossos instintos. Entre a ingenuidade da vida instintiva e aquilo que deveríamos conscientemente e constantemente nos esforçar para atingir, medeia sempre um abismo. Não conseguimos atravessá-lo lançando sobre ele uma ponte. Mas, uma em cem vezes, podemos tentar saltá-lo. E para cada tentativa precisamos de ter coragem. E antes de cada salto havemos de sentir algum medo” (HESSE, 1976, p. 61).

**D**iante do que apresentamos ao longo deste livro, esperamos que tenha ficado claro para o (a) leitor (a) que o nosso objetivo primordial foi compreender como se desenvolveu a história do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial através de narrativas de pessoas que militaram/militam nesse movimento. Até chegarmos a esse processo, ao adentrarmos o campo, no contato com as narrativas, nosso estudo passou por muitas “metamorfoses” ao longo de sua realização; podemos assinalar aqui a mudança de foco e, concomitantemente, no título dado à investigação, que inicialmente visava compreender o desenvolvimento da Luta Antimanicomial no Ceará, a necessidade de convidar mais entrevistados, profissionais com maior tempo no movimento, que pudessem nos ajudar a compreender como ocorreu inicialmente e, ainda, a escolha por nomear, nas três últimas narrativas, os profissionais entrevistados como  $\alpha$  (alfa),  $\beta$  (beta) e  $\gamma$  (gama).

As sete narrativas realizadas (um usuário, dois estudantes e quatro profissionais), que contabilizaram um total de 47 páginas de transcrição, foram resultantes das entrevistas dialogais, metodologia adotada na pesquisa em que as narrativas tanto dos entrevistados como da pesquisadora ficaram em constante diálogo. O (a) entrevistador (a) a todo instante deve transformar suas certezas em indagações e, junto à narrativa do entrevistado, “desenhar” um texto final. Embora tenhamos nos debruçado mais sobre as três últimas narrativas, as primeiras foram fundamentais para percebermos o quanto essa pesquisa poderia ser importante e ter alguma repercussão, visto que a história do Fórum Cearense parecia ser desconhecida para muitos dos militantes, mesmo para os mais presentes e ativos nesse movimento. Trazer a narrativa deles, em um primeiro momento de nossa investigação, bem como perceber a escassez de documentos referentes ao Fórum que sejam de acesso público, evidencia, de certo modo, que há uma lacuna dessa história para a maioria dos militantes e, pelo contato que tivemos com os quatro primeiros entrevistados, mostraram desejar muito conhecê-la.

Por meio das narrativas dos entrevistados  $\alpha$ ,  $\beta$  e  $\gamma$  fomos percebendo a complexidade referente ao que desejávamos estudar. Vale ressaltar que nomeá-los com letras gregas e nos referirmos a eles sempre no masculino foi o modo como encontramos de tentar ser o mais fiel com suas narrativas, apresentando-as, sempre que possível, de forma literal, mas, do mesmo modo, resguardando o sigilo que confere à pesquisa.

Sabemos que talvez o leitor (a) encontre várias lacunas no que se refere aos possíveis eventos que possam ter ocorrido e que fazem parte do processo da história do Fórum Cearense e que não foram abordados. Nossas fontes de informação foram as narrativas, os documentos históricos e o levantamento bibliográfico, de modo que, se determinado acontecimento não aparecesse para nós em alguma dessas fontes, não seria possível incorporá-lo como conteúdo nesse livro, porque não tomamos conhecimento. Isso aconteceu, por exemplo, com o III Congresso Brasileiro de Saúde Mental, que ocorreu em 2012, na cidade de Fortaleza, e que sabemos que houve a participação de vários membros do Fórum Cearense, mas que, por algum motivo, não nos foi mencionado.

São muitas as questões políticas, econômicas e ideológicas presentes na história do Fórum. Apresentamos, ao longo do último

capítulo, diversas situações em que elas se tornam evidentes. As divergências de posicionamentos entre os militantes do Fórum Cearense parecem ter sido tão grandes que, de acordo com as narrativas, tornou-se insustentável que todos se mantivessem no mesmo movimento, fato que deu origem à criação do Movimento Manicômio Nunca Mais. Parece-nos coerente dizer, sem fazer alusão ou privilegiar alguma narrativa, que o Fórum Cearense, ao longo de seus 16 anos, conseguiu tamanha visibilidade no Ceará que o faz parecer ser o único movimento de luta antimanicomial lutando pelos direitos humanos e sendo reconhecido pela atuação no caso de Damião Ximenes, o que não significou que ele não tenha enfrentado períodos difíceis a ponto de contar com apenas quatro ou cinco membros, como exposto por um dos entrevistados.

As narrativas acerca do Movimento Manicômio Nunca Mais e da Associação de Usuários e Familiares Chama Acesa foram imprescindíveis para que tivéssemos uma compreensão mais ampla da atuação de outros movimentos de luta antimanicomial em Fortaleza, considerando a possível existência de outros movimentos que possam existir no interior do Ceará. Nesse sentido, essa pesquisa focou na profundidade acerca da história do Fórum Cearense, abrindo mão, nesse momento, de pesquisar a existência de outros movimentos, o que tornaria o estudo, por diversas questões, ainda mais extenso.

De posse das informações trazidas nos capítulos anteriores sobre alguns eventos nacionais importantes, acreditamos que foi possível compreender melhor, tanto para a autora como para o (a) leitor (a), conteúdos trazidos nas narrativas que faziam alusão à participação do Fórum Cearense nesses eventos, como ocorreu com o I Encontro Nacional da Renila, em Fortaleza, no ano de 2004, a Marcha na Esplanada dos Ministérios, em Brasília, em 2009, e no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que ocorreu em 1999, em Maceió, por exemplo.

Cabe discorrer um pouco sobre os inúmeros desafios que encontramos na realização dessa pesquisa, conseqüentemente na escrita desse livro. A escassez de documentos referentes de acesso público foi o primeiro deles. Tornou-se claro, infelizmente, que não se trata apenas do Fórum Cearense. Mesmo durante a busca em fontes bibliográficas para a escrita dos capítulos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Movimento de Luta Antimanicomial no País e a Reforma

Psiquiátrica no Ceará, encontramos dificuldades no que concerne ao contato com bibliografias que abordassem essas temáticas. Percebemos ainda que, talvez por essa limitação, muitos autores que trabalham com a temática da saúde mental acabam citando sempre os mesmos para embasar suas pesquisas. Tentamos, como modo de não reforçar isso, buscar em leis, portarias, relatórios, notícias de jornais etc., conteúdos que nos ajudassem a apresentar o que objetivávamos.

Outro desafio importante de assinalar foi a preocupação que tivemos em tentar manter o máximo de sigilo possível no que se refere aos nomes que surgiram durante as narrativas, sejam elas dos próprios entrevistados, sejam de políticos, advogados, donos de instituições, entre outros. Contudo, por vezes, alguns deles apareciam claramente em notícias de jornais, relatórios etc., por exemplo, que são documentos de domínio público.

Entretanto, talvez o mais desafiador deles tenha sido tentar contar uma história a partir de várias narrativas, uma possível história, condensando a fala de tantos sujeitos, fazendo com que elas conversassem entre si, com os documentos apresentados e com a autora que aqui vos fala. Há momentos em que as narrativas convergem, outros que elas, claramente, apresentam elementos que destoam. Nesse sentido, as fontes documentais históricas foram ferramentas importantes de diálogo em nosso estudo.

Esperamos que tenhamos conseguido apresentar as narrativas de modo ético e comprometido com nosso objetivo, mesmo sabendo que é impossível ser totalmente imparcial em qualquer fazer humano. Desejamos que os entrevistados consigam se ver como autores de suas falas e posicionamentos nessa pesquisa, que os leitores, sejam eles militantes de movimentos de luta antimanicomial, profissionais da saúde mental, estudantes, enfim, que a sociedade como um todo possa ampliar a sua compreensão sobre o desenvolvimento desse primeiro movimento de luta antimanicomial em Fortaleza.

Os aprendizados advindos com esta pesquisa são imensuráveis. Foi extremamente árduo pensar e repensar como narrar a história do Fórum Cearense, mas também extremamente prazeroso. Desejamos, pois, que este livro sirva de inspiração para que novas pesquisas possam surgir interessadas nas temáticas abordadas, que elas se mostrem curiosas, críticas, comprometidas e éticas.

# Bibliografia

A MORTE de Damião Ximenes motivou a realização das auditorias. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, [2000?]. Regional.

ACIOLY, Yanne Angelim. *Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários*. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

AGAMBEN, Giorgio. *Meios sem fim: notas sobre a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BACHELARD, Gaston. *A formação do espírito científico: contribuições para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.

BARROS, Márcia Maria Mont’Alverne de; JORGE, Maria Salete Bessa. *Concepções e práticas de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo*. Fortaleza: EdUECE, 2011.

BASAGLIA, Franca Ongário. Saúde/doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2015. p. 17-36.

BAUDRILLARD, Jean. *À sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BLANCHOT, Maurice. *O livro por vir*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

BLEICHER, Taís. *A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde*. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção I, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 22.561, de 7 de fevereiro de 1947. *Concede favores fiscais aos Estabelecimentos Hospitalares que se constroem no Distrito Federal e dá outras providências*. Brasília, DF, 1947.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 49.974-a, de 21 de janeiro de 1961. *Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde*. Brasília, DF, 1961.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 12.151, de 29 de julho de 1993*. Autoria do Deputado Mário Mamede. Brasília: Fortaleza, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 224/92/MS, de 29 de janeiro de 1992*. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Lei 3657 de 12 de setembro de 1989*. Autoria do Deputado Paulo Delgado. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ofício nº 048/05- VC/DEJIN/PGU. *Departamento judicial internacional e de recomposição do patrimônio da União*. Brasília, 9 mar. 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/KnkiyO>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004b.

BRITO, Débora Cidro de. *Luta antimanicomial: da participação política à formação da personagem militante*. 2014. 118 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CAPS de Iguatu comemora oito anos de instalação. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 7 out. 1999. Regional, p. 2.

CARTA ABERTA DO I ENCONTRO ESTADUAL DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL, [2014?], Fortaleza. *Carta aberta...* Fortaleza: Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, 2014.

CARTA ABERTA DO MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2014, Rio de Janeiro. *Carta Aberta...* Rio de Janeiro: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 2014. Disponível em:< <http://goo.gl/ZX1YQB>> Acesso em: 17 jan. 2016.

CASTELLS, Manuel. *Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CLÍNICA de Sobral é suspeita de ter provocado a morte de paciente. *O Povo*, Fortaleza, 3 fev. 2000. Cidades, 5A.

COMISSÃO avalia denúncia de espancamento em Sobral. *O Povo*, Fortaleza, 11 nov. 1999. Cidades, 7A.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO CEARÁ, 2., 2001, Fortaleza. *Relatório final...* Fortaleza, 2001.

CONFERÊNCIA LIVRE DE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL, 1., 2016, Fortaleza. *Cartaz da...* Fortaleza: Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, 2016.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA, 1., 2001, Fortaleza. *Fôlder da...* Fortaleza, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Brasília, DF. *Relatório final...* Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília, DF. *Relatório final...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília, DF. *Relatório Final...* Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., 2010, Brasília, DF. *Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários.* Brasília: CFP, 2010, 48 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., 2010, Brasília, DF. *Relatório Final...* Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

CONSTATADA melhoria em casa de repouso de Sobral. *O Povo*, Fortaleza, 18 maio, 2000.

ENCONTRO NACIONAL DE USUÁRIOS E FAMILIARES DO MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 5., 1998, Betim. *Relatório final...* Betim: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 1998.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1., 1993, Salvador. *Relatório final do...* Salvador: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 1993.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2., 1995, Belo Horizonte. *Relatório final do...* Belo Horizonte: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 1995.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 3., 1997, Porto Alegre. *Relatório final do...* Porto Alegre: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 1997.



ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 4., 1999, Alagoas. *Relatório final...* Alagoas: NESMAL, 1999.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 5., 2001, Miguel Pereira. *Relatório final...* Miguel Pereira: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 2001.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 6., 2005, São Paulo. *Relatório final...* São Paulo: Fórum Paulista de Luta Antimanicomial; Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial, 2005.

ENCONTRO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 1., 1979, São Paulo. *Relatório final...* São Paulo: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1979.

ENCONTRO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2., 1980, Salvador. *Relatório final...* Salvador: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1980.

ENTIDADE é contra declaração de médico do Guararapes. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 17 jul. 2000. Regional.

ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental*. Santos, 1993. Disponível em: <<https://goo.gl/zp12Vj>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

ENTIDADES questionam o atendimento em saúde mental. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 11 nov. 1999. Cidade.

FORTALEZA. Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará. *Documento final da I Oficina de Saúde Mental do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará - Carta de Ytacaranhã*. Fortaleza, 2000. Disponível em: <<http://goo.gl/YZUntF>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Resolução de nº 60, de 21 de dezembro de 2004*. Fortaleza, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/KKF4MI>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Blog Antimanicomial Ceará*. Fortaleza, [2011?]. Disponível em: < <https://goo.gl/4dcLTP>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Cartaz do I Encontro Estadual da Luta Antimanicomial*. Fortaleza, 2014.

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Entrevista Coletiva à imprensa*. Ipueiras, 2 fev. 2000. Acervo do Instituto Damião Ximenes, 2000.

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Fôlder da I Semana de Saúde Mental e Cidadania*. Fortaleza, 2000b.

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Fôlder do I Seminário de Ressocialização dos Portadores de Transtorno Mental e I Feira Cearense de Experiências e Produções Antimanicomiais*, Fortaleza, 2001.

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL E PELO MOVIMENTO LOUCUPA CEARÁ. *Fôlder com a programação do 18 de maio - em defesa da democracia e da luta antimanicomial*. Fortaleza, 2016.

FÓRUM de Luta Antimanicomial quer o fim dos internamentos. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 13 jun. 2000a. Cidade.

FÓRUM EM DEFESA DO SUS E PELO CONCURSO PÚBLICO JÁ. *Fôlder elaborado pelo movimento Fórum em Defesa do SUS e pelo Concurso Público Já!* Fortaleza, 27 nov. 2014.

FRAGA, Maria Nazaré de Oliveira; SILVA, Natália Braga. O surgimento de hospitais psiquiátricos no Ceará e as políticas de saúde no Brasil. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 47, n. 1, p. 15-19, jan./mar. 1994.

FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL DE SÃO PAULO. 2012. *Carta da...* São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/ayy3Nl>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

FRENTE NACIONAL DROGAS E DIREITOS HUMANOS. *Frente nacional de entidades pela cidadania, dignidade e direitos humanos na política nacional sobre drogas*. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/LPpO9W>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 64-89.

GOHN, Maria da Glória. *Novas teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

GOHN, Maria da Glória (Org.). *Os movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Multidão: guerra e democracia na era do império*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HARVEY, David. *Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana*. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

HESSE, Hermann. *Para ler e pensar: pensamentos extraídos de seus livros e cartas*. Rio de Janeiro: Record, 1976.

HOSPITAL passa por sindicância em Sobral. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 6 fev. 2000. Regional.

HOSPITAL psiquiátrico de Sobral sofre intervenção. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 12 mar. 2000b. Regional, p. 11.

INTERVENÇÃO. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, p. 4, 4 mar. 2000.

INTERVENÇÃO no hospital Guararapes prossegue até final de março. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 30 abr. 2000. Cidade.

LIMA, Aluísio Ferreira de. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da psicologia social crítica*. São Paulo: Fapesp/Educ, 2010.

LOBBY ameaça projeto contra manicômios. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 26 nov. 1995. Disponível em: <<http://goo.gl/z8RDSr>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

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

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

MAIA, Rousiley Celi Moreira; FERNANDES, Adélia Barroso. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 48, fev. 2002.

MOTTA, Júlia Maria Casullari. Entrevista dialogal: o que pretende de novo? *Revista Brasileira de Psicodrama*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 93-102, 2009.

MOVIMENTO MANICÔMIO NUNCA MAIS. *18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial*. Fortaleza, 2005. Folheto.

MOVIMENTO MANICÔMIO NUNCA MAIS. *18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial*. Fortaleza, 2006. Fôlder.

MOVIMENTO MANICÔMIO NUNCA MAIS. *Manifesto um passo à frente, dois para trás. A política de saúde mental da Fortaleza Bela*. Fortaleza, 2012.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *IX Encontro de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial; VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, São Bernardo do Campo, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/Ug1MG3>>. Acesso em: 17 jan. 2016. Dados disponíveis no blog Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *X Encontro de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial; IX Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/CS3d0G>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Relatório de participação do X Encontro Nacional da Luta Antimanicomial; XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares*, Niterói, 2014.

PEREIRA, Milton Freire. A participação dos usuários. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 72-83.

PONTES, Maria Vânia Abreu. *Damião Ximenes Lopes: a condenação da saúde mental brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica*. 2015. 249 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; LARA JÚNIOR, Nadir. A mística e a construção da identidade política entre os participantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Brasil: um enfoque psicossociológico. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 2003. Disponível em: <[http://www.psicopol.unsl.edu.ar/dic03\\_notal.htm](http://www.psicopol.unsl.edu.ar/dic03_notal.htm)>. Acesso em: 19 jul. 2016.

PRORROGADA intervenção do hospital Guararapes. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 8 jun. 2000. Regional.

RANCIÈRE, Jacques. *Os nomes da história: ensaio de poética do saber*. São Paulo: Unesp, 2014.

REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL. 2007, Fortaleza. *Cadernos da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial: Relatórios e outros Documentos*. Fortaleza: Renila, 2007.

REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL. 2009, Brasília. *Blog da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial: Marcha conquista IV Conferência de Saúde Mental e retoma a urgência do fim das torturas*. Brasília: Renila, 2009. Disponível em: <<http://blogdarenila.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ROSSI, Paolo. *O passado, a memória, o esquecimento: seis ensaios da história das ideias*. Tradução: Nilson Moulin. São Paulo: Unesp, 2010. 240 p.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. 1988. 211 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; CARNEIRO, Cleide. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral - CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, Sobral, v. 6, n. 2, p. 7-25, jul./dez. 2007.

SECRETARIA de saúde confirma irregularidades. *O Povo*, Fortaleza, 3 fev. 2000.

SECRETÁRIOS participam de oficina com ênfase para a saúde mental. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 28 maio 2000. Cidade.

SEMANA DE SAÚDE MENTAL E CIDADANIA, 1., 2000, Fortaleza. *Relatório final...* Fortaleza: Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, 19 ago. 2000.

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

UNIDADE de Caps diminui número de internamentos. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 11 nov. 1999. Cidade, p. 11.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA DIALOGAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
CENTRO DE HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

O DESENVOLVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL CEARENSE: UM ESTUDO A  
PARTIR DE NARRATIVAS DE MILITANTES

### **Entrevista dialogal como método para a compreensão de narrativas de militantes da Luta Antimanicomial Cearense**

NOME DO (A) ENTREVISTADO (A): _____
Nº DA ENTREVISTA: _____
DATA DA REALIZAÇÃO: ____/____/____
LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: _____
TEMPO DE DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____
CATEGORIA MILITANTE (USUÁRIO, FAMILIAR OU PROFISSIONAL): _____

1. Você poderia contar quando e como ocorreu o seu envolvimento com a Luta Antimanicomial no Ceará?
2. Como você se reconhece dentro do movimento da Luta Antimanicomial cearense?
3. Como você se vê reconhecido pelos outros participantes da Luta e fora dela?
4. O que você sabe sobre o desenvolvimento da Luta Antimanicomial cearense?
5. Você conhece alguma produção teórica, documento que fale sobre o desenvolvimento da Luta?
6. Qual a importância de se conhecer o desenvolvimento da Luta Antimanicomial cearense?
7. Como é a sua atuação enquanto militante?
8. Quais as dificuldades que você encontra fazendo parte da Luta?
9. Existe algum movimento da Luta que você atua mais diretamente? Qual?

Fonte: Questionário desenvolvido durante a pesquisa para realização da entrevista dialogal (2015).

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
CENTRO DE HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Para participantes militantes do Movimento da Luta Antimanicomial do Ceará)

**PESQUISA:** O DESENVOLVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL CEARENSE: UM ESTUDO A PARTIR DE NARRATIVAS DE MILITANTES

Responsável: Aluísio Ferreira de Lima

Prezado (a) colaborador (a),

Você é convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade compreender como tem se desenvolvido a Luta Antimanicomial no estado do Ceará.

**1. PARTICIPANTES DA PESQUISA:** militantes (usuários, profissionais e familiares) que foram ou são envolvidos com a Luta Antimanicomial cearense.

**2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA:** você deverá colaborar por meio de sua narrativa, respondendo as perguntas de forma livre na entrevista dialogal que estabeleceremos. Suas falas serão devidamente registradas com o uso de um aparelho gravador e posteriormente serão transcritas. Ressaltamos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento e, sempre que desejar, você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa.

**3. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Seu nome não será mencionado em nenhum momento e os locais citados serão substituídos por outros, garantindo o anonimato de sua identidade. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

**4. PAGAMENTO:** Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nenhum valor será pago por sua participação.

Se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o responsável pela pesquisa no endereço abaixo:

#### **Endereço do responsável pela pesquisa:**

**Nome:** Aluísio Ferreira de Lima

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará – Departamento de Psicologia

**Endereço:** Av. da Universidade, 2762 – Benfica – Fortaleza – CE

Telefones para contato: 85 996196343 e 85 996156673

**Atenção: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC/PROPEQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo – CEP 60430-275 Fone: 3366-8344.**

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, concordo em dele participar e, para isso, dou o meu consentimento sem que eu tenha sido forçado ou obrigado.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela pesquisa: \_\_\_\_\_

**Aluísio Ferreira de Lima**  
Responsável pela pesquisa

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores do Parallaxe: Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica da UFC.



**ANEXO A – PARECER ELABORADO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 33/15

Fortaleza, 17 de dezembro de 2015.

Prezado Doutor,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC/PROPESQ, de acordo com a Resolução 466/12 e complementares, tomou conhecimento e ficou ciente no dia 17 de dezembro de 2015, de que a documentação apresentada atende ao disposto nas Normas nacionais, referente ao projeto de pesquisa registrado na Plataforma Brasil sob o nº CAAE: 1465915.4.0000.5054, intitulado: "O desenvolvimento da luta antimanicomial cearense: um estudo a partir de narrativas de militantes".

Atenciosamente,

  
Dr. Jucélia A. Brito Bezerra  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEP/UFCE

Ao Professor Dr. Aluisio Ferreira de Lima  
Responsável pela Pesquisa

Fonte: Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (2015).

## **ANEXO B – I OFICINA DE SAÚDE MENTAL DO COSEMS/CE**

### **I OFICINA DE SAÚDE MENTAL DO CONSELHO ESTADUAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO CEARÁ-COSEMS/CE. SOBRAL/CE, 26 e 27.05.2000**

Os representantes de usuários e de familiares de usuários, os trabalhadores de saúde mental, os professores universitários, os secretários municipais de saúde e convidados, reunidos por ocasião da I Oficina de Saúde Mental do COSEMS/Ce, apresentaram, debateram, concluíram e encaminham o que se segue:

#### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS:**

- 1- Uma política pública de saúde, baseada nos princípios da universalidade de cobertura, da equidade de oferta de atenção para igualdade de resultados finais, da descentralização democrática, da integralidade e da complexidade, não pode realizar-se plenamente sem uma política de saúde mental.
- 2- Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e Saúde da Família compõem tríade básica de políticas, simultaneamente setoriais e integradas, estrategicamente voltados para uma perspectiva de atenção primária e de sistemas locais de saúde, sob controle social efetivo, indispensáveis ao funcionamento do Sistema Único de Saúde-SUS.
- 3- Uma política pública de saúde mental, fiel às duas proposições anteriores, deve focar, além daqueles direitos já clássicos como o de boa qualidade de vida e o de exercício pleno da cidadania, um novo direito que emerge na consciência social, o da expressão criativa e livre da subjetividade.
- 4- A articulação entre cidadania, qualidade de vida, expressão da subjetividade e saúde mental obriga ao desenvolvimento de uma lógica de cuidados (promoção de saúde, educação em saúde, prevenção de transtornos, tratamento e habilitação social) que atente para as especificidades demográficas, econômicas, sócio-culturais e psicossanitárias de cada município, além de grande flexibilidade para mudanças a cada alteração de paradigmas históricos.
- 5- O atual modelo de assistência psiquiátrica, baseado na hospitalização integral sob regime asilar não mais se sustenta, clínica, epidemiológica e psicossocialmente.
- 6- O processo de substituição do modelo assistencial asilar, excludente e mortificador, para o de atenção psicossocial, habilitador e cidadão, deve ser imediatamente posto em marcha, porém de maneira planejada e serena, garantindo o financiamento continuado do novo modelo e sua plena capacidade de ser efetivo, sob hegemonia do setor público.
- 7- No Ceará, a história do processo de substituição do modelo assistencial asilar já apresenta três fases importantes: a) até 1991, a denúncia do asilo e experiências precursoras como o Programa Integrado de Saúde Mental-PISAM. b) de 1991 a 1998, aprovação da lei estadual de reforma psiquiátrica e criação de projetos-piloto, alternativos, bem sucedidos, que foram os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS de Iguatu, Canindé, Quixadá, Cascavel e Aracati. c) de 1998 a 2000, adoção do modelo de CAPS por mais sete municípios, aceitação pelo governo estadual de incluir um CAPS em cada sede

Fonte: Elaborado pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (2000).

de microrregião de saúde (n=21), aceitação pelo governo municipal de Fortaleza de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional da cidade (n=6) e realização do I Encontro Estadual de CAPS, promovido na Universidade Estadual do Ceará-UECE.

- 8- Com a presente Oficina, promovida pelo COSEMS/Ce em parceria com a Secretaria Municipal de Sobral, uma nova fase pode estar sendo iniciada, sobretudo devido ao acréscimo dos secretários municipais de saúde ao conjunto de atores que vem lutando pela implantação da reforma psiquiátrica no Ceará.
- 9- Os CAPS do Ceará apresentam lógica organizacional e objetivos mais amplos e mais críticos, identificados com a idéia de dinamização de uma política municipal e de coordenação de uma rede municipal, bastante diferentes daqueles que orientam os aparelhos de mesmo nome que surgiram no sudeste do país.

#### **PROPOSTA:**

##### **I- Princípios.**

- 1- Integração com os princípios do SUS.
- 2- Perspectiva na atenção primária, com foco na promoção de saúde.
- 3- Perspectiva na intersetorialidade, com foco na parceria e na integração planejada das ações.
- 4- Construção democrática da habilitação psicossocial, com foco na qualidade de vida, nos direitos humanos, na cidadania e na expressão criativa e livre da subjetividade.
- 5- Diferenciação do modelo por porte de município, com foco na magnitude populacional, no perfil demográfico-ocupacional e no perfil psicossanitário.

##### **II- Estratégias.**

- 1- Estratégia radial microrregional.
  - a) Visando garantir alternativa imediata ao sistema hospitalar instalado, retirar da capital do estado a convergência da atenção e das AIH e consolidar um centro a partir do qual sejam montadas as redes municipais de saúde mental, o poder público deve implantar ou consolidar, imediatamente, um CAPS na sede de cada microrregião de saúde do estado e um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional de Fortaleza, resultando na consolidação ou implantação de 27 unidades.
  - b) Numa fase subsequente, identificar municípios com mais de 40.000 habitantes, que não sejam sede de microrregião, para montar mapa de expansão de CAPS.
- 2- Estratégia de construção de redes municipais, por porte de município.
  - a) Distinção de portes: pequeno porte (municípios menores que 40.000 habitantes), médio porte (municípios de 40 a 100.000 habitantes), metropolitano (Juazeiro do Norte, Sobral, Maracanaú, Caucaia e Fortaleza).
  - b) Pequeno porte – presença de equipe mínima de saúde mental, sistema de referência com município de médio porte da microrregião, atenção comunitária e envolvimento total com o Programa de Saúde

Fonte: Elaborado pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (2000).

da Família-PSF e elaboração de projeto adequado ao perfil psicossanitário a ser financiado com recursos federais.

- c) Médio porte – existência de política municipal, lei municipal, comissão municipal de saúde mental ligada ao Conselho Municipal de Saúde, rede de serviços municipais de complexidade média em acordo com o perfil psicossanitário, atenção comunitária ligada ao PSF e atenção domiciliar integradas e coordenadas pelo CAPS, retaguarda de internação em hospital geral.
- d) Porte metropolitano - existência de política municipal, lei municipal e de comissão municipal de saúde mental ligada ao Conselho Municipal de Saúde; rede de serviços municipais de complexidade plena em acordo com o perfil psicossanitário, incluindo Hospital-Dia, Residência Terapêutica, emergência integrada a emergência geral regionalizada, oficinas terapêuticas auto-expressivas, oficinas terapêuticas de profissionalização e habilitação social; CAPS coordenando e articulando políticas, programas e serviços, também incluindo atenção domiciliar e comunitária em parceria com PSF.

### 3- Formação de Pessoal.

- a) Educação continuada, através de oficinas de vivência, seminários de atualização, mini-cursos temáticos, eventos e formação de biblioteca específica, sob responsabilidade municipal.
- b) Formação sistemática, estruturada, através de Cursos de Especialização e de Residência Interdisciplinares em Saúde Mental, sob responsabilidade estadual, que pode usar a publicação de editais, respeitando polos de formação instalados e a parceria com universidades.

### 4- Financiamento.

- a) A rubrica investimento, em CAPS, deve contemplar equipamentos e programas de informação, com prontuários eletrônicos; equipamentos e programas de educação continuada; oficinas auto-expressivas, obras e instalações.
- b) A rubrica custeio, em CAPS, deve contemplar pessoal, medicamentos (responsabilidade federal, já estabelecida em CR\$ 7.000,00 por mês, por unidade) e merendas (responsabilidade municipal). No caso de Hospital-Dia já é praxe incluir refeições.
- c) O financiamento de CAPS, o aparelho mais complexo do novo modelo, portanto, deve ter o seguinte perfil, considerando a despesa média geral de CR\$ 35.000,00 por mês, por unidade:  
Tesouro Estadual = CR\$ 20.000,00 por mês, por unidade, extra-teto. + Redistribuição de porcentagem retirada das AIH psiquiátricas, com maior peso para os municípios metropolitanos, de onde as AIH estiverem efetivamente sendo retiradas e, numa primeira etapa, sugere-se a retirada de 15% das AIH, proporção ascendente ano a ano. + Diferença a ser coberta pelo Tesouro Municipal.
- d) É necessário sensibilizar o governo federal para, além da cobertura medicamentosa, criar um incentivo, dentro do PAB variável, para

municípios que estejam praticando políticas de saúde mental identificadas com os princípios da reforma psiquiátrica, independente do porte e da complexidade da rede projetada. Os municípios de pequeno e médio porte devem ser priorizados, com isso reduzindo a pressão de demanda sobre os grandes centros.

ENCAMINHAMENTOS:

- 1- O CONSEMS/Ce deve lutar por uma política de remuneração do trabalhador de saúde mental, com equiparação das equipes e isonomia com o PSF.
- 2- O COSEMS/Ce deve realizar um debate aberto, com os setores interessados e a imprensa, sobre a implantação dos CAPS de Fortaleza.
- 3- O COSEMS/Ce deve multiplicar oficinas como este para a sensibilização dos municípios das outras regiões do estado e efetiva prática da intersetorialidade.
- 4- O COSEMS/Ce deve solicitar à Secretaria Estadual de Saúde-SESA, imediatamente, diagnóstico completo, quantitativo e qualitativo, da situação psiquiátrica do estado. Os dados devem incluir quadro clínico, prognóstico, origem domiciliar e histórico de internações.
- 5- A UECE coloca-se à disposição do COSEMS/Ce para apoiar a implantação dos polos de formação em saúde mental, pois diplomou a turma de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, promover três turmas de Curso de Especialização em Saúde Mental, próprio, vai iniciar uma primeira turma deste Curso no interior do estado, em Quixadá, e constituiu comissão para elaborar projeto de Residência Multiprofissional Interdisciplinar em Saúde Mental, que pode ter sede em Quixadá.
- 6- O COSEMS/Ce deve orientar a formação cruzada dos trabalhadores de saúde da família e dos trabalhadores de saúde mental, incluindo módulos de uma formação nos projetos curriculares da outra formação.
- 7- O COSEMS/Ce deve provocar um processo de discussão que leve à reformulação da Residência em Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental se Messejana-HSMM, incluindo a formação em saúde mental coletiva, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade, a descentralização dos locais de estágio e a transferência do HSMM para a SESA.

Fonte: Elaborado pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (2000).

## ANEXO C – I SEMANA DE SAÚDE MENTAL E CIDADANIA

**FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL**  
Rua Bartolomeu de Gusmão – 1178 – Fátima

0\*\*88-257-9318 – Nacile Daüd e Luís Lacerda  
Outros contatos c/ coordenação: 0\*\*85-281-0426(Núbia Dias);0\*\*88421-2469 (Lidia);  
0\*\*88 613-2011(Francisca Lopes)

**I SEMANA DE SAÚDE MENTAL E CIDADANIA**

**TEMA: DESEMPREGO E SAÚDE MENTAL**

**18 e 19 DE AGOSTO DE 2000**

O Fórum Cearense da Luta Antimanicomial reúne pessoas e entidades, representantes de diversos segmentos sociais, interessados na construção de um processo de reforma psiquiátrica que reestruture não somente a assistência àqueles que apresentam algum transtorno mental, mas que fundamentalmente lhes dê condições na prática, de uma vida digna, saudável, com pleno gozo de seus direitos e exercício de sua cidadania. O presente documento é fruto da elaboração conjunta dos participantes da oficina Saúde Mental e Direitos Sociais, realizada em 18 de agosto próximo passado durante a I Semana de Saúde Mental e Cidadania promovida pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial. A oficina contou com a participação de familiares de pessoas com transtornos mentais e profissionais de diversas categorias entre auxiliares de enfermagem, monitores de oficinas, pedagogos, sociólogos, assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros que debateram o tema proposto e seus desdobramentos. Apresentamos a seguir as principais reflexões feitas pelo grupo e as propostas apresentadas, as quais encaminhamos à V. Sa. neste momento.

1. Há um grande interesse da sociedade civil organizada, e não só de profissionais e usuários do sistema de saúde, em acompanhar o planejamento e execução da política de assistência social direcionada aos setores excluídos socialmente. Nesta ocasião estamos enfatizando a questão da saúde mental na política de assistência social em vigor.
2. A importância deste tema amplia-se neste momento, tendo em vista o reconhecimento cada vez maior de que problemas sociais sustentam a permanência de muitas pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos, que funcionam como asilo àqueles com situação familiar precária, sem estes vínculos, ou condição sócio-econômica desfavorável. Estes, ao serem expulsos do convívio social por preconceito e pela pobreza, acorrem a estas instituições em busca de teto e comida. Esta situação por sua vez, alimenta a chamada "indústria da loucura", que movimenta vários milhões de reais em internações e reinternações já amplamente questionadas pela sua ineficácia.
3. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi idealizado e implementado dentro da idéia de garantir "mínimos sociais" a pessoas em condições de vida mais desfavoráveis, com caráter não contributivo, conforme determina o artigo 203, inciso V do capítulo da Assistência Social da Constituição de 1988, e consiste na garantia de um salário mínimo mensal ao idoso ou deficiente que não possam garantir sua manutenção ou comprovem não tê-la provida por sua família.

Fonte: Elaborado pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (2000b).

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL  
Rua Bartolomeu de Gusmão – 1178 – Fátima

0\*\*88-257-9318 – Nacile Daíd e Luís Lacerda  
Outros contatos c/ coordenação: 0\*\*85-281-0426(Núbia Dias);0\*\*88421-2469 (Lidia);  
0\*\*88 613-2011(Francisca Lopes)

4. Essa garantia foi regulamentada pela lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, a Lei orgânica da Assistência Social (LOAS) e pela Lei 9.720, de 30 de novembro de 1998, que entre outros critérios definiram a renda familiar *per capita* de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo como condição para o recebimento do benefício. Atualmente está em andamento em todo o país, o primeiro processo de revisão da concessão deste benefício.
5. O artigo 21, parágrafo 2º da LOAS define a pessoa portadora de deficiência como aquela "incapacitada para a vida independente e para o trabalho". O Decreto nº 914 de 06 de setembro de 1993 apresenta uma definição mais abrangente de pessoa portadora de deficiência, como sendo aquela "que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gera incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano". Para fins de concessão do benefício a deficiência e o nível de incapacidade para a vida independente e para o trabalho são avaliados em dois focos; a avaliação médico-pericial e a avaliação das condições sociais, pessoais e de entorno, que têm influência na incapacidade, no nível de carência e na vulnerabilidade das pessoas portadoras de deficiência.
6. O primeiro grande questionamento feito pelo grupo na oficina foi acerca dos critérios de avaliação médico-pericial para pessoas com transtornos mentais utilizado pelo INSS. Parece-nos pouco adequado avaliar a repercussão de um transtorno mental na vida de uma pessoa, na sua autonomia e capacidade laborativa, a partir de um acróstico que enfatiza mais escolaridade, acuidade visual, auditiva, motricidade, outras funções fisiológicas em detrimento de uma avaliação médica que observasse a repercussão dos transtornos mentais em áreas onde estes causam mais prejuízos, como por exemplo afetividade, vínculos, habilidades e habilidades sociais, capacidade de aprendizado, juízo de realidade, alterações de pensamento, e outras funções psíquicas habitualmente prejudicadas nestas situações.
7. A nível mais imediato o grupo propõe às equipes multidisciplinares que prestam assistência a pessoas com transtornos mentais a nível ambulatorial, comunitário ou hospitalar que elaborem relatórios mais detalhados ao atestarem a deficiência das mesmas, como forma de auxiliar a perícia. Além disso, sugerimos que seja solicitado exame especializado nos pedidos de recursos impetrados por pessoas que tiveram seus pedidos indeferidos, uma vez que é grande o número de avaliações médicas contraditórias. Uma informação importante a ser trabalhada pela equipes refere-se ao fato de estar vigorando no estado do Ceará, uma liminar da Justiça Federal fundamentada no Estatuto da Criança e do Adolescente, autorizando a transferência de benefícios assistenciais a menores sob guarda, assim por exemplo, os filhos de pessoas com transtornos mentais sob guarda de avós podem novamente passar a condição de beneficiários destes últimos.

Fonte: Elaborado pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (2000).

**FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL**  
Rua Bartolomeu de Gusmão – 1178 – Fátima

0\*\*88-257-9318 – Nacile Daóid e Luís Lacerda  
Outros contatos c/ coordenação: 0\*\*85-281-0426(Núbia Dias);0\*\*88421-2469 (Lidia);  
0\*\*88 613-2011(Francisca Lopes)

8. Outro grande questionamento do grupo foi acerca da exigência da curatela para concessão do benefício de prestação continuada para pessoas com transtorno mental maiores de 21 anos. Para isso é necessário o expediente da interdição civil, onde a pessoa passa à condição de civilmente incapaz. Para nós esta exigência expõe uma série de contradições. Em primeiro lugar, se a lei permite que a própria pessoa, na condição de cidadão com transtorno mental dê entrada no requerimento do benefício, como exigir dela sua própria interdição civil (e declaração de incapacidade) para tê-lo aceito? E ainda, porque é exigido dos cidadãos não segurados da previdência social a curatela e a interdição civil, e tal exigência não é feita para os cidadãos segurados com transtorno mental no momento da concessão de auxílio-doença, auxílio maternidade e outros benefícios previdenciários?
9. Para o grupo presente à oficina há uma distorção na implementação da LOAS, onde se confunde incapacidade para a vida independente e para o trabalho com incapacidade civil. As próprias normas do INSS, órgão responsável pela operacionalização da concessão de benefícios, prevêem a possibilidade de não haver interdição civil e que os recursos advindos do benefício sejam administrados por um administrador provisório, mas esta figura não aparece no cotidiano da concessão do BPC.
10. Estamos reivindicando a partir de agora, que o INSS não mais exija a curatela para a concessão (tanto menos para a habilitação) de benefícios a pessoas com transtornos mentais, ficando este procedimento reservado às condições previstas no Código Civil, e não como exigência universal independente de condições objetivas. Para nós a aceitação da figura do administrador provisório supre uma eventual necessidade de preservação patrimonial.
11. Uma outra proposta do grupo refere-se às pessoas que por ventura tenham seus benefícios cessados por ocasião do atual processo de revisão e, por terem sido interditas civilmente única e exclusivamente como exigência para receberem o BPC, agora encontram-se na condição de incapazes civilmente, com seus direitos cessados. Nestes casos e em outros, reivindicamos ao poder público que provenha assistência jurídica, através de defensores públicos, a estes grupos como forma de promover desinterdições, ou mesmo de acompanhar a habilitação de novos processos na hipótese da instituição da figura do administrador provisório.
12. Avaliamos ainda a necessidade da implantação de conselhos populares no âmbito da Previdência Social como mecanismo de controle social, mecanismo este já utilizado na implementação das demais políticas públicas previstas no capítulo referente à Seguridade Social da Constituição Federal de 1988

Fonte: Elaborado pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (2000).



FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL  
Rua Bartolomeu de Gusmão – 1178 – Fátima

0\*\*88-257-9318 – Nacile Daúd e Luis Lacerda  
Outros contatos / coordenação: 0\*\*85-281-0426(Núbia Dias); 0\*\*88421-2469 (Lídia);  
0\*\*88 613-2011(Francisca Lopes)

13. O presente documento está sendo encaminhado inicialmente aos Conselhos Populares de Assistência Social, nos âmbitos municipal e estadual, tendo em vista que é da atribuição destes o controle social sobre as políticas públicas de assistência social, e ainda porque consideramos de fundamental importância que os conselhos acompanhem de perto a execução destas políticas, em especial no caso do BPC, que dada sua complexidade operacional tem sido matéria tratada quase exclusivamente no âmbito do INSS. Aos conselhos populares, solicitamos ainda a averiguação das denúncias apresentadas junto ao Conselho Regional de Serviço Social dando conta de que estudantes de graduação estariam realizando a avaliação social no atual processo de revisão do BPC em algumas cidades do estado. Para nós este fato constitui-se de um sério risco à integridade deste processo de revisão.
14. Em momento oportuno gostaríamos de que as reflexões e reivindicações apresentadas aqui pudessem ser incluídas nas pautas de todos os conselhos municipais e do conselho estadual de assistência social do Ceará. O andamento da Reforma Psiquiátrica no estado passa necessariamente pela discussão em toda a sociedade, e em particular no interior destes conselhos, acerca da cidadania dos que apresentam e sofrem com transtornos mentais em algum momento de suas vidas.
15. Com esse mesmo intuito estamos encaminhando este documento também para a Superintendência do INSS, o Conselho de Direitos Humanos e Conselhos Populares da Ouvidoria do estado, para a Comissão de Direitos Humanos da OAB, para as comissões de Saúde e Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembléia Legislativa do estado, Conselhos Municipais e Estadual de Saúde do Ceará, Ministérios Públicos Estadual e Federal e outras organizações da sociedade civil organizada.

COORDENAÇÃO DO FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Luis Lacerda – Psicólogo/Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia/Centro de Atenção Psicossocial  
Núbia Dias – Psicóloga/Sindicato dos Psicólogos do Ceará  
Francisca Lopes - Assistente Social/Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) de Sobral  
Nacile Daúd Jr. – Psiquiatra/Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) de Capistrano  
Lídia Dias Costa – Psiquiatra/Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) de Aracati

Fonte: Elaborado pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (2000).

## ANEXO D – FOLHETO EM COMEMORAÇÃO AO 18 DE MAIO – DIA NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

# 18 DE MAIO DIA NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

---

## DIGA NÃO AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

O dia 18 de Maio não é um dia diferente dos outros para mais de 30 milhões de brasileiros com sofrimento mental, e nem para o restante da sociedade que, "com certo alívio", sentem-se normais. É mais um dia de sofrimento, de intolerâncias, de discriminações e de segregações, seja no trabalho, na família, nas escolas, nas ruas, nas prisões...

Desde 1987, no entanto, o dia 18 de Maio passou a representar a preocupação cotidiana dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, dos movimentos sociais e sindicais, que lutam pelos direitos de cidadania e

justiça social, e por uma sociedade que dê chance à vida, à liberdade e ao prazer. E para isso constituíram um forte Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, organizado em todos os Estados brasileiros e inúmeros municípios.

**Manicômio** é um termo genérico que usamos para classificar hospícios, asilos, hospitais psiquiátricos e demais lugares de tratamento da doença mental que se valem do princípio do isolamento do louco da sociedade.

### O QUÊ, EXATAMENTE, PRETENDE O MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL?

*Queremos destruir o Hospital Psiquiátrico que, nos seus 160 anos de existência, é um exemplo da violência instituída na sociedade brasileira.*

Em 160 anos o Hospital Psiquiátrico – também conhecido por Manicômio, Hospício ou Hospital de Loucos – matou aproximadamente 300 mil pacientes, e mutilou mais outros 300 mil com o uso de eletrochoques, lobotomias, camisas-de-força, choque insulínico, celas fortes e outras formas violentas a pretexto de "tratamento". Talvez um número igual de pacientes morreram fora dos manicômios por lesões

sofridas lá dentro.

O horror dos Hospitais Psiquiátricos não para aí. Foi um dos instrumentos das Ditaduras para prender, torturar e fazer desaparecer os que lutavam em defesa da liberdade e da justiça.

Queremos modificar a cultura enraizada na sociedade, na qual toda pessoa diferente, que não se adapte aos padrões e normas impostas, tenha que ser excluída, "tratada isoladamente", discriminada, rotulada de perigosa ou incapaz. Os Manicômios alimentam este padrão de sociedade disciplinadora e excludente, e serve de modelo para o funcionamento de outras instituições.

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2005).

2

18 de maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial

## MAS SE OS MANICÔMIOS NÃO BENEFICIAM A POPULAÇÃO, ELES SERVEM A QUEM?

Beneficiam os donos destes Hospícios que, através de convênios com os Governos, recebem fortunas todos os anos (cerca de 500 milhões de Reais por ano), oferecendo “tratamentos” que, ao invés de recuperar, prolongam ainda mais o sofrimento; além da péssima comida, das piores acomodações, do isolamento da família e da sociedade, e dos baixos salários para seus funcionários.

Beneficiam, também, as Indústrias Farmacêuticas, na sua maioria multinacionais, que lucram bilhões de dólares com a venda de psicotrópicos, criando uma população de viciados em diazepam, seus derivados, e outras drogas semelhantes, chegando ao consumo as-

tronômico de 900 toneladas de psicotrópicos por ano, no Brasil.

Protestamos contra a política destes governos, municipais e estaduais, de continuar contratando serviços dos hospitais psiquiátricos, iludindo a população com estórias de humanização do atendimento.



**NÃO É POSSÍVEL HUMANIZAR A SEGREGAÇÃO E A VIOLÊNCIA!!!**

## MAS SEM OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ELES IRÃO PARA AS RUAS?

NÃO!!! Eles não ficarão desassistidos. Hoje sim eles são desassistidos e estão sem cuidados, pois existem 56 mil leitos em hospitais psiquiátricos e, no entanto, mais de 30 milhões de brasileiros necessitam de cuidados em saúde mental.



## ENTÃO QUEM CUIDARÁ DOS QUE SOFREM DE TRASTORNOS MENTAIS?

Nós defendemos que todos os municípios, ou consórcio de municípios tenham uma REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL, PÚBLICA, GRATUITA, e de QUALIDADE, que ofereça cuidados de forma Humana, Ética, Resolutiva e Comunitária, ou seja, sem retirar as pessoas do convívio de seus vizinhos, amigos e familiares.

## Esta REDE já existe em muitos municípios brasileiros, e ela pode ser composta de:

- Atenção em saúde mental nos postos de saúde (sim, aquele perto de sua casa);
- Serviços que ofereçam hospitalidade diurna (como os hospitais-dia e os CAPS);
- Centros de Convivência e Cooperativas (em espaços públicos como os parques municipais e centros esportivos);
- Atendimento de emergência psiquiátrica 24 horas em prontos socorros gerais;
- Internações em Enfermarias em Hospitais Gerais, isto quando a internação for muito necessária (o que é raro), como todas as doenças e com todos os cuidados necessários;
- Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias para abrigar pessoas que estão há anos nos hospitais sem contato com a família).

Esta REDE só pode ser implantada através do Sistema Único de Saúde – SUS, com o mesmo dinheiro que hoje é desperdiçado pelos governos com os EMPRESÁRIOS DA LOUCURA.

Infelizmente, em Fortaleza e na maioria dos municípios do Ceará, quando muito, contamos apenas com serviços tipo CAPS que, como já sabemos, não têm condições de sozinhos substituir os manicômios.

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2005).

18 de maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial

3

## ENTÃO TÁ FÁCIL! A GENTE ACABA COM OS HOSPÍCIOS E FORÇA O GOVERNO A CRIAR A REDE! TÁ BOM ASSIM?

**NÃO! AINDA NÃO BASTA!**

Lutamos pelo fim dos Hospitais Psiquiátricos, mas não é só isso. Todos sabemos o quanto o sofrimento mental, o nervosismo, a depressão, tem suas origens, fundamentalmente, na dureza das relações humanas, na exploração e competição no trabalho, no desemprego, nas más condições de vida, na falta de um teto para morar, ou de terra para trabalhar, na falta de lazer e de prazer, num relacionamento mal resolvido, ou mesmo na perda de um ente querido. Então, até mesmo você pode ter algum tipo de sofrimento mental.

Queremos então mudar esta sociedade para uma nova sociedade, onde a loucura seja vista como uma das manifestações da capacidade do ser humano se defender das dificuldades da vida e como uma maneira diversa de expressar nossos pensamentos e nossos senti-

mentos.

Queremos enfim mudar a cultura manicomial existente para uma cultura de tolerância e de solidariedade, de respeito e de convívio com as diferenças.

Onde as diferenças não impliquem em desigualdades.



## MAS ESTA SITUAÇÃO JÁ ESTÁ MUDANDO !

**NÃO TEMOS ILUSÕES!!!** A substituição da atual política de saúde mental hospitalocêntrica e da cultura manicomial (violenta, excludente e preconceituosa), somente será garantida através da consciência, organização e luta da sociedade, e dos grupos interessados em combater todas as formas de discriminação e segregação.

Devemos nos posicionar contra o racismo, a opressão às mulheres, aos idosos, às crianças, aos jovens e aos homossexuais; contra a exploração dos trabalhadores, contra o preconceito aos portadores de AIDS, hanseníase e deficiências; enfim, devemos lutar pela modificação de todos os espaços da vida e atividade humana, incluindo os locais de lazer e de trabalho, a es-

cola, a família, e outras instituições que também se tornaram manicomiais. Nesta perspectiva, hoje contamos com um instrumento que fortalece esta luta. Foi aprovada em 21 de dezembro de 2004 por maioria absoluta a Resolução de nº 60 do Conselho Municipal de Saúde que define a Política de Saúde Mental para o município de Fortaleza.

Mas apenas isto não é suficiente, devemos continuar lutando por uma sociedade de pleno emprego, com trabalhos saudáveis, que não escravize e adoeça o trabalhador; e onde o trabalhador e sua família possam conquistar dignamente a moradia, o lazer, a educação, o transporte, e enfim, o alimento para o corpo e para a alma.

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2005).

4

18 de maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial



## VOCÊ SABIA QUE...?

- Até 2001 a legislação que orientava a relação da sociedade com o louco era de 1934!
- Em 1991 foi aprovada pela ONU a Declaração Universal dos Direitos das Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais, e para a Melhoria da Assistência em Saúde Mental!
- Em 1993 foi aprovada no Ceará a Lei 12.151, de Reforma Psiquiátrica, que determina a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços comunitários extra-hospitalares!
- Em 2001 foi aprovada a Lei Federal 10.216, de Reforma Psiquiátrica Nacional, que garante direitos específicos aos portadores de transtornos mentais!
- No Ceará se gasta 11 milhões de Reais, por ano, para manter 8 (oito) hospitais psiquiátricos; dinheiro este pago por você, através dos impostos!
- Em 2004 foi aprovada a Resolução de nº 60 do Conselho Municipal de Saúde que define a Política de Saúde Mental para o município de Fortaleza!

**COORDENAÇÃO GERAL**  
**ONG Manicômios Nunca Mais**  
**manic.nuncamais@fortalnet.com.br**

### ORGANIZADORES

Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS-CE  
Associação Cearense de Terapia Ocupacional – ACTO  
Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental – Chama Acesa  
Associação Santo Dias  
Centro Acadêmico de Terapia Ocupacional – UNIFOR  
Centro Comunitário Santa Maria  
Centro de Direitos Humanos e Cidadania – BRASIL CEDHUC  
Central de Movimentos Populares – CMP  
Círculo de Vivência – Instituto de Consciência Global  
Conselho Gestor Local – CAPS SER IV  
Conselho Local de Assistência Social do Conj. Pinzón e adjacências  
Conselho Regional de Saúde SER VI  
Deputada Rachel Marques – PT  
Fórum Popular de Saúde Mental do Grande Jangurussu  
Funcionários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS SER VI  
Funcionários do Centro de Atenção Psicossocial – Horizonte /Ce  
Movimento Nacional dos Portadores de Hanseníase - MORHAN  
Movimento Popular de Saúde do João Paulo II  
Movimento Popular de Saúde do Pq. Betânia  
Movimento Popular do Conjunto São Cristóvão  
Nelson Martins – Deputado Estadual (PT/CE)  
Secretário da SER IV – Prof. Pinheiro – PT  
Setorial Estadual de Saúde do PT  
Sindicatos do Previdenciários  
Sindicato dos Farmacêuticos  
ONG Ceará em Foco – Usina Cultural  
ONG Pan Saúde e Trabalho  
Projeto 4 Varas

APOIO:  Sindicato dos Bancários do Ceará 

**XÔ MANICÔMICO**  
**O MUNDO ESTÁ AQUI FORA**

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2005).

## ANEXO E – UM PASSO À FRENTE, DOIS PARA TRÁS. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA FORTALEZA BELA

**UM PASSO À FRENTE, DOIS PARA TRÁS.**

31/08

**A POLITICA DE SAÚDE MENTAL DA FORTALEZA BELA.**

"Não desistiremos nunca,  
A cada noite de angústia com  
a Escuridão,  
Manteremos a chama acesa,  
Com a certeza de que  
O sol voltará a brilhar  
novamente."

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um dos acontecimentos sociais mais dinâmicos na história contemporânea, em nosso país. Em aproximadamente 4 (quatro) décadas de mobilizações sociais em defesa da democratização da saúde, a luta pela RPB se fez presente, conquistando inúmeros avanços, como a consolidação do SUS, a criação de modelos diversificados de atenção integral a saúde mental, e novos marcos legais de reorientação da atenção e dos direitos dos portadores de sofrimento mental. No entanto, a oposição sistemática dos setores mais atrasados do capitalismo brasileiro, que historicamente lucraram com a doença da população, e que tem, no campo da psiquiatria, a emblemática FBH (Federação Brasileira de Hospitais), inimiga número 1 da RPB; e as distorções privatistas anticonstitucionais emanadas do próprio governo, têm implicado em derrotas sistemáticas do movimento de reforma sanitária, incluso os movimentos de reforma psiquiátrica.

Entretanto, não podemos afirmar que a RPB em curso tenha se caracterizado como antimanicomial. Os princípios fundantes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNL), que este ano completam 25 anos de existência, estão longe de se verem refletidos nas ações da atenção e dos cuidados públicos com a saúde mental da população.

No decorrer de quatro (4) Conferências Nacionais de Saúde Mental, o que poderia significar avanços na construção de uma sociedade sem manicômios, tal o grau de mobilização da sociedade nos processos de discussão, resultaram em reorientações burocráticas de legitimação das políticas de financiamento, emanadas dos interesses encastelados na estrutura de poder do Governo, dessintonizados, na prática, com as aspirações do movimento social sindical e popular, e suas extensões nas organizações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental.

No seu conjunto, a Política Nacional de Saúde Mental tem mantido a complementariedade das ações de base comunitária com as ações manicomiais, favorecendo financeiramente os hospitais psiquiátricos que não foram fechados (35% dos leitos que existiam há 32 anos), desde que se adequem a critérios administrativos. A indústria farmacêutica, cada vez mais influente nas decisões da assistência farmacêutica pública, mantém os lucros da submissão da população aos efeitos sedativos dos psicotrópicos. Ao mesmo tempo, os dispositivos manicomiais vêm se ampliando assustadoramente na sociedade brasileira, constituindo o manicômio ampliado, através de casas de repouso para idosos ou para outras faixas etárias, comunidades terapêuticas, aumento nas vagas nas penitenciárias brasileiras (um dos maiores parques de reclusão e segregação do mundo), as casas de repressão "socioeducativas" para crianças e adolescentes, entre outros, dispositivos esses que segregam e excluem milhares de portadores de transtornos mentais, muito mais que o antigo parque asilar psiquiátrico brasileiro comportava. Neste contexto, as ações planejadas para conter e cuidar do grave quadro epidemiológico dos usuários e dependentes de drogas ilícitas e lícitas, por si só produto da sociedade manicomial, tem implicado em retrocesso nas intenções declaradas dos gestores em saúde mental. Este conjunto de dispositivos e ações, governamentais ou não, tem aprofundado o circuito da morte a que estão submetidos os portadores de transtornos mentais, na sua imensa maioria pertencentes às parcelas mais empobrecidas da sociedade.

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2012).

Cada vez mais o conflito entre o projeto eugenista, do início do século passado assimilado contraditoriamente nos princípios republicanos, o projeto inclusivo, defendido pelos movimentos sociais e, em particular pelo MNLA, e o projeto igualitário, defendido por movimentos mais avançados politicamente, se acirra a favor do primeiro, resultando no extermínio crescente de negros, pobres, homossexuais, índios, camponeses, mulheres, jovens, crianças, e os diferentes em geral.

Não bastasse a morticínio ocorrido nas ruas, nas casas, na desassistência em saúde, nas penitenciárias, nas casas de reclusão de menores, cuja grande parcela são de portadores de transtornos mentais, o índice de mortalidade nos hospitais psiquiátricos brasileiros não têm recuado, implicando em mais de 2200 (duas mil e duzentas) mortes em hospitais psiquiátricos nos últimos 3 (três) anos (Fonte: Datasus). Estamos considerando apenas as mortes ocorridas dentro dos hospícios brasileiros e notificadas, e excluindo as mortes notificadas que ocorrem fora dos hospícios brasileiros, mas decorrentes de violências sofridas dentro dos mesmos, que pode chegar a duplicar o número.

Quanto custa para o SUS e os cofres públicos tamanha violência e mortes anunciadas?! O custo anual para o SUS dos leitos manicomial é de aproximadamente 520 milhões de Reais em 2012, sendo que apenas há 3 anos atrás (2009) o custo era de apenas 320 milhões de Reais, para praticamente o mesmo número de leitos. Os empresários da loucura veem sendo beneficiados com um aumento de mais de 60% no custeio de seus leitos (Fonte: Datasus).

É evidente que o Modelo Capscentrista defendido com unhas e dentes pelos gestores nacionais e locais do SUS, falhou!!!!

O "coração e alma" da RPB, segundo documentos oficiais, nascido com doença congênita sofre da cronicidade da sua doença, insuficiência e declínio de suas capacidades, dando razão àqueles setores antimanicomiais contra-hegemônicos que, desde as primeiras iniciativas governamentais neste sentido, contra argumentavam na defesa de sistemas criativos e planejados localmente, experimentados em vários municípios mas derrotados pelo esmagamento da política de financiamento verticalizada e autoritária. A hegemonia, utilizando-se de mecanismos midiáticos, da influência em instâncias corporativas, e da difamação como instrumento de combate político, esmagou a possibilidade de uma Política de Atenção Integral em Saúde Mental Democrática e verdadeiramente Antimanicomial.

Hoje, a hegemonia "chapa branca" encastelada nas estruturas do poder tenta resolver as insuficiências do Capscentrismo, remendando dispositivos de modelos que sempre combateram, criando uma miscelânea política "Frankenstein", sem articulação conceitual ou programática, apenas para resolver problemas da demanda. Os Capspícios e Napscômios, em que se tornaram estas estruturas impostas aos gestores locais, em sua imensa maioria reproduzem a segregação, cronificação, medicalização, próprios do modelo manicomial que se pretendia combater e substituir.

Nosso país se transformou num imenso manicômio de portas abertas em íntima interdependência com os hospícios de portas fechadas, com mais de 1900 estruturas destes tipos distribuídas em todo o território nacional. Somam-se a isto a ampliação do parque prisional e a profusão de casas de repouso e asilos lotados de portadores de transtornos mentais.

Nada disto poderia ser diferente na nossa Fortaleza Bela. Um reinado de fantasias que perdura 8 (oito) anos, que se sustenta pela forte propaganda midiática, mas que não resistem a um simples olhar isento e crítico. Mantida por todos os vícios da política burguesa, a nossa Fortaleza Bela amarga um fechar de cortina deprimente. Serviços públicos parcos e deteriorados, péssimas condições de moradia, desigualdade social gritante, especulação imobiliária com domínio sobre as áreas de proteção ambiental e sobre áreas de moradias tradicionais da população mais carente, manutenção das áreas de risco, violência crescente contra mulheres, jovens, negros e pobres, gestores despreparados, favorecimentos políticos nas contratações terceirizadas de

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2012).

grande parte dos que trabalham no serviço público municipal, ausência de concursos públicos, alianças políticas entre a esquerda sem projetos e a direita oportunista, etc.etc..

Não bastasse, vivemos anos sob ameaça de epidemias. Depois de anos em que a Prefeitura vem culpabilizando a população pelo descontrole da dengue, sob pressão do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, exigindo confiabilidade nas informações, teve que admitir que vivemos uma franca epidemia de Dengue. A desinformação, ou a suposta manipulação das informações, já fora objeto de denúncias em anos anteriores, como pela UNICEF quando questionou a metodologia utilizada pelas fontes oficiais cearenses sobre os índices de mortalidade infantil. Dengue, calazar, hanseníase, tuberculose, aids, hipertensão, diabetes, etc., são o cotidiano dos serviços de saúde superlotados e precariamente ofertados. Longas filas de espera, o suficiente para definir a morte pela doença ou a sobrevida natural, é o cotidiano da população pobre, desassistida.

Se a atenção básica se transformou em piada de mau gosto na nossa cidade, outros níveis de atenção estão a merecer intervenção de comissões de direitos humanos isentos, se não do próprio governo federal ou, até mesmo, da polícia.

Na Saúde Mental, coerente com o quadro político-sanitário acima, termina seus 8 (oito) anos de gestão sem qualquer avanço no sentido de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Reproduzindo cegamente os ditames ministeriais, tendo em vista a política de financiamento, reproduz o modelo capscentrista falido, demonstrando também aqui que este modelo não responde às necessidades da população e nem ao seu perfil de morbidade. Ao fim de 8 anos de continuísmo político, seus porta-vozes tentam se justificar dizendo que estão repensando o modelo. Na prática tentam desesperadamente inserir os arremedos "Frankenstein", pois não desenvolveram capacidade crítica de elaboração do planejamento local, e nem demonstraram criatividade para fazer avançar uma reforma antimanicomial.

No período de 8 anos foram abertos 11 CAPS e 2 Serviços Residenciais Terapêuticos, portanto um serviço e meio a cada ano (!!!), em média. Os serviços mais antigos amargam um processo de sucateamento das condições técnicas e ambientais de trabalho, com uma superlotação que chega a mais de 10.000 usuários em alguns serviços. Todos os profissionais contratados nestes novos 11 CAPS são terceirizados, contratados ou por amizade com os gestores, ou por indicação política nas cotas dos vereadores da base aliada. Apenas nos 3 CAPS previamente existentes a esta administração, têm servidores concursados, embora atualmente correspondam a apenas 1/3 dos que ali trabalham. Outros serviços como atenção em Saúde Mental em Hospital Geral, representam apenas 10 (dez) leitos na Santa Casa de Misericórdia, para atenção às dependentes químicas, obedecendo a critérios que excluem a maioria dos que necessitam de atenção em regime hospitalar. Recentemente, um CAPS II transformado em III, de forma improvisada e inconsequente, teve seu período de inauguração selado pela trágica morte de uma usuária por suicídio em suas dependências. Serviços de terapias integrativas, que eram promessa de campanha, resumem-se a duas OCAS abertas no período de oito (8) anos. As tentativas de incorporar a rede de atenção básica, de precária cobertura, pelo processo de matriciamento, resultaram em fracasso, tanto pelo despreparo técnico da atenção básica, como pelo seu sucateamento, gerando um desconforto e conflito na relação entre os serviços, na rejeição dos referenciamentos, e no aumento da angústia dos usuários que são jogados de um lado para o outro.

Este quadro triste das ações de saúde mental, de pouco impacto na realidade sócio-epidemiológica do Município, resulta em um processo de ambulatorização cronicadora, medicalizadora e complementar ao Hospital Psiquiátrico. Estes, superlotados inclusive com usuários que são atendidos nos CAPS.

Assim que, até dezembro de 2010 apenas um (01) dos sete (07) hospitais psiquiátricos havia reorientado suas ações, encerrando seu convenio com o SUS, por interesse empresarial de investimentos na diversificação de suas ações privadas em saúde mental. Em 2011, para

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2012).



desespero dos gestores, um (01) hospital psiquiátrico resolveu, por conta própria, fechar suas instalações por razões familiares; e outro resolveu fechar para reforma. Nenhum destes 3 hospitais sofreu qualquer intervenção do poder público ou ameaças de redução de demandas. Pelo contrário, as avaliações fiscalizadoras oficiais resultaram favoráveis pela continuidade de seus funcionamentos, em que pese o seu caráter manicomial.

As ações manicomiais persistem, portanto, nos restantes 4 hospitais psiquiátricos, sendo apenas um público e os demais conveniados. São 600 leitos manicomiais, que internam egressos de CAPS, e uma procura crescente de usuários de drogas, num ritmo que retrocede aos parâmetros de mais de 10 anos atrás. Aumento de tempo de permanência, aumento proporcional nos gastos do SUS com internações, e a manutenção das violências praticadas em seu interior, que resultam em índices de mortalidade hospitalar também semelhante aos encontrados há 10 anos. Foram mais de 100 mortes registradas no interior dos manicômios de Fortaleza nos últimos 8 anos. Quatro (4) mortes apenas nos primeiros 3 meses deste ano. Sabe-se, no entanto, que estes números duplicam se considerarmos as mortes registradas fora destes hospícios, mas por violências ali praticadas. O caráter lucrativo do parque manicomial de Fortaleza se revela no custo total anual com internações de aproximadamente 11 (onze) milhões e trezentos mil reais para os 600 (seiscentos) leitos existentes em hospitais psiquiátricos, o mesmo valor que se gastava com aproximadamente 1.000 (mil) leitos até 2010. O valor médio por internação passou de R\$ 1.151,30 em 2005 para R\$ 2.088,41 em 2012, evidenciando que as relações com os empresários da loucura são, no mínimo, amistosas. (Fonte dos dados: Datasus)

É certo que apenas os números não refletem a realidade dos portadores de sofrimento mental e da população em geral da cidade de Fortaleza, candidatos a sucumbirem diante das precariedades das condições de vida. A violência contra a mulher, que atinge índices alarmantes; o turismo sexual não desmontado associado também à prostituição infantil; o imenso apartheid social; os ambientes de trabalho não fiscalizados e geradores de mortes e sofrimentos de toda ordem; as áreas de risco ambiental que como antes continuam habitadas pela população pobre; a realidade do tráfico e dependência de drogas, antes pouco expressivos, e hoje rota das mais importantes do país; a morte prematura de jovens, envolvidos com o tráfico de drogas e dependência química que tornou-se banal, sendo que cada vez mais as iniciativas de enfrentamento da questão têm caráter manicomial, empurrando a reforma psiquiátrica para um retrocesso ainda maior; os protestos quase que diários dos usuários dos CAPS e dos serviços de saúde em geral contra os maus tratos e o abandono; a falta de cuidados para os portadores de deficiências; são indicadores de que Fortaleza de Bela só existe nas maravilhas contadas nas propagandas oficiais, custeadas por esta população sofrida.

Os grandes enfrentamentos realizados por um movimento antimanicomial vigoroso, que garantiram a existência de mecanismos democráticos de controle social nos anos anteriores a 2005, que investiam em um forte processo de educação política da população, e que resultaram numa Política Municipal de Saúde Mental realmente Antimanicomial, através da resolução nº 60 de 21 de dezembro de 2004 do Conselho Municipal de Saúde, foram negados pela gestão em curso desde 2005, e subtraídos manicomialmente da história.

No entanto, a história é incansavelmente dinâmica, o tempo perdido representado por esta administração municipal nas ações de saúde e de saúde mental será, seguramente, a base de construção de uma verdadeira política antimanicomial para a cidade e seus moradores, que se alicerçará sobre os escombros deixados, e que será passado.

Fortaleza, 18 de maio de 2012.

Associação Chama Acesa de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental-Ceará

Movimento Manicômios Nunca Mais-Ceará

Fonte: Elaborado pelo Movimento Manicômio Nunca Mais (2012).

# A autora

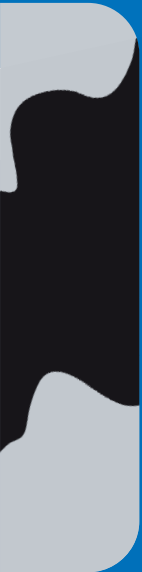
## **Beatriz Oliveira Santos**

Psicóloga formada pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Psicologia na Universidade Federal do Ceará. Cursa Especialização em Saúde Mental com ênfase em Crack, Álcool e Outras Drogas no Centro Universitário 7 de Setembro (UNI7). Participa como membro do PARALAXE: Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica - UFC e do Laboratório de Psicologia em Subjetividade e Sociedade (LAPUS). É sócia da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e da Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Estuda temáticas relacionadas com as áreas da Psicologia Social Crítica, Saúde Mental e História da Psicologia.





Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará – UFC  
Av. da Universidade, 2932 – fundos – Benfica  
Fone: (85) 3366.7485 / 7486  
CEP: 60020-181 – Fortaleza – Ceará  
[imprensa.ufc@pradm.ufc.br](mailto:imprensa.ufc@pradm.ufc.br)



**Os livros** que compõem esta coleção são oriundos de monografias, dissertações e teses feitas no âmbito do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará e premiadas na Semana de Humanidades. Além de incentivar as produções discentes, espera-se com isso divulgar trabalhos de pesquisa primorosos que atentem para questões da sociedade contemporânea.

Com isso, a universidade cumpre seu papel de ser propulsora do conhecimento e de contribuir para a divulgação científica que tem um papel fundamental na construção de uma sociedade mais democrática e transparente.

