



Revista Brasileira de Ciências Sociais

ISSN: 0102-6909

anpocs@anpocs.org.br

Associação Nacional de Pós-Graduação e
Pesquisa em Ciências Sociais
Brasil

Maia, Rousiley C. M.; Fernandes, Adélia B.

O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política

Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 17, núm. 48, febrero, 2002

Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10704810>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL COMO AGENTE DISCURSIVO NA ESFERA PÚBLICA POLÍTICA*

Rousiley C. M. Maia
Adélia B. Fernandes

Esferas públicas temáticas e democracia deliberativa

Em suas obras recentes, Habermas procura oferecer uma formulação conceitual de esfera pública política capaz de ajustar-se às exigências da sociedade complexa. Concebe que, em sociedades descentradas e pluralistas, somente faz sentido falar em diversas esferas públicas, as quais se articulam em torno de temas ou causas comuns, círculos políticos ou pontos de vista funcionais. A esfera pública política, como *locus* do debate, caracterizada pela dialogicidade, pela “liberdade comunicativa que uns concedem aos outros” (Habermas, 1997, p. 93), faz-se presente em domínios variados, desde interações simples em ambientes

de convivência livre, até encontros organizados por associações voluntárias e movimentos sociais. Nesses ambientes mais ou menos informais, os interessados podem manifestar seus pontos de vistas, produzir demandas a partir de particularidades concretas, e apresentar suas diferenças para o debate e o escrutínio público (Benhabib, 1996; Costa, 1997; Maia, 2001).

Além disso, Habermas conceitua esfera pública política como “uma estrutura intermediária entre o sistema político, de um lado, e os setores privados do mundo da vida e os sistemas de ação especializados em termos de funções, de outro lado” (Habermas, 1997, p. 107). Com isso, o autor tenta romper essencialmente com o que chama de holismo implícito na teoria democrática tradicional do socialismo, segundo a qual um macrosujeito, o povo, concebido como uma entidade coletiva unitária e soberana, tem a incumbência de estabelecer uma economia democraticamente planejada, a fim de alcançar uma autonomia completa.

* Este artigo apresenta resultados parciais da pesquisa “Modernidade, mídia e a dinâmica da esfera pública”, coordenada pela profa. Rousiley C. M. Maia e financiada por CNPq e Fapemig.

Habermas adverte que tal ideal, que o inspirou em 1962, não proporciona a independência necessária para a atuação dos sistemas e dos subsistemas funcionais da sociedade complexa e para o atendimento dos imperativos do mercado e das burocracias modernas. Reconhecendo que “a esfera pública retira seus impulsos da assimilação privada de problemas sociais que repercutem nas biografias particulares” (Habermas, 1997, p. 98), o autor procura oferecer ferramentas conceituais adequadas para analisar as diversas relações que se estabelecem entre os jogos de dimensão macro e micro, isto é, entre os subsistemas com suas instituições típicas e a formação da vontade política e a ação dos indivíduos.

Nesse modelo que vem sendo reconhecido como um modelo *two-track* de democracia, o “público organizado” – constituído pelos corpos do legislativo e outras instituições formais do sistema político – funciona ao lado do “público não organizado” – a sociedade civil abrangente, na qual os cidadãos contam com dispositivos diversos, incluindo diferentes modalidades de meios de comunicação, para participar no debate político e, de maneira relativamente espontânea, trocar opiniões. O direito e as instituições políticas formais desempenham um papel fundamental tanto para proteger a privacidade das interações individuais e a independência dos mecanismos para a formação da vontade e da opinião, quanto para proporcionar uma forma legal, necessária, a fim de institucionalizar as contribuições politicamente relevantes, advindas dos fluxos comunicativos da sociedade civil e dos debates públicos.

No modelo habermasiano, atribui-se ênfase especial ao papel da sociedade civil: é o caráter espontâneo do discurso fora das arenas políticas formais que tem melhor capacidade para captar, tematizar e interpretar problemas específicos que afetam indivíduos e grupos. Coadunada com tal perspectiva, uma crescente literatura vem apontando o modo pelo qual os movimentos sociais, lidando com questões práticas da existência ou da identidade, fazem surgir impulsos promissores para a revitalização de práticas e instituições democráticas (Cohen e Arato, 1992; Melucci, 1996; Cas-

tells, 1997; Alexander, 1998). As associações voluntárias e as redes cívicas contribuem para ampliar o debate público, seja por meio de críticas a projetos específicos do aparato estatal administrativo e de busca de soluções alternativas aos problemas comuns enfrentados por seus participantes, seja mediante a tematização da impropriedade de certas barreiras morais que impedem a participação política de grupos ou parcelas da população no jogo político.

Para os nossos propósitos, interessa ressaltar que o modificado quadro teórico habermasiano a respeito da esfera pública apresenta duas consequências particularmente relevantes para a teoria democrática. A primeira é o rompimento com a perspectiva elitista de que a racionalidade é produzida por um grupo determinado, portador de certos atributos, para entendê-la como um tipo específico de discussão e uso que se faz do conhecimento (Habermas, 1998, p. 233; Avritzer, 1999, p. 180). Desse modo, a “racionalidade é ancorada essencialmente em práticas públicas de discussão” (Chambers, 1996, p. 90). Os agentes devem perseguir e especificar os próprios interesses, mas também devem ser responsáveis, justificar os seus propósitos. Nessa acepção, produzir um proferimento racional significa oferecer as razões que motivam as ações, as recomendações ou os comandos, de tal modo a “explicá-los” aos outros, por meio do discurso,¹ num esforço de torná-los compartilhados e reconhecidos publicamente. A segunda consequência decorre de o conceito de esfera pública operar com o pressuposto de que a mudança na ordem social depende não apenas da ação coletiva ou da recusa dos membros da sociedade civil de participarem de empreitadas coletivas, mas depende, também, e talvez principalmente, de atores sociais competentes, com capacidade para a aprendizagem social. A democracia está ligada a um processo societário de discussão e dos fluxos de poder do Estado, do mercado e da sociedade. A opinião pública derivada do processo de discussão coletiva deve legitimamente informar e subsidiar as tomadas de decisão nas instâncias formais, democraticamente constituídas, do sistema político.

Nosso interesse, neste artigo, é examinar o Movimento Antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. Buscamos apreciar o modo pelo qual o movimento produziu novas interpretações de interesses políticos nos primeiros dez anos de sua existência, ampliando o debate público sobre a questão antimanicomial. Na primeira parte do texto, adotando a noção de identidade coletiva, procuramos apreender o modo pelo qual o movimento capta e tematiza os problemas que afetam o grupo, dando expressão aos seus interesses e necessidades. Na segunda parte, examinamos algumas formas de argumentação do movimento sobre as polêmicas geradas com a reivindicação do fim dos manicômios, no que diz respeito à reestruturação do setor de saúde mental e à integração do louco à sociedade.²

Das origens do movimento

É difícil traçar, de maneira precisa, as origens de um movimento social. A formalização de reivindicações é um processo historicamente contingente e de fim indeterminado, que depende das idéias, energias e experiências acumuladas. Nesse sentido, a construção da esfera pública informal deve ser vista como caótica e, mesmo, anárquica em suas formas de organização.

A discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental teve início na década de 1970, momento em que diversos setores da sociedade brasileira se mobilizaram em torno da redemocratização do país. A Associação Brasileira de Psiquiatria/ABP, em ações políticas para defender médicos que haviam sido presos e torturados, revitalizou, no cotidiano profissional, discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país (Firmino, 1982, p. 35). Apelos para que “ninguém fosse submetido à tortura, a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante” e nem “arbitrariamente preso, detido ou exilado” foram estendidos para a condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral.³ A discussão acerca da violência, dos maus tratos e da tortura praticada nos asilos brasileiros produziu, em grande parte, a insatisfação que alimenta o Movimento Antimanicomial.

Novas idéias para o tratamento da loucura, com a chamada antipsiquiatria, ganhavam, então, terreno no país. Representantes famosos dessa corrente na Europa, como Franco Baságlio, Michel Foucault e Robert Castel, participaram de congressos sobre terapêuticas antimanicomais realizados no Brasil, na década de 1980. Uma base organizacional, em termos de associações profissionais, começou a se formar também nesse período. O Sindicato dos Psicólogos, o Sindicato de Enfermeiros e o Sindicato dos Assistentes Sociais criaram, em 1986, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, tendo como principais reivindicações a conquista de melhores condições de trabalho nos manicômios, a ampliação do quadro de funcionários e o aumento dos investimentos do setor público na área da saúde mental. No segundo encontro desse movimento, em 1987, o Movimento Antimanicomial foi fundado sob o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. O movimento organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a englobar várias entidades, como ONGs e Conselhos de familiares de doentes mentais.⁴

Cidadania e identidade coletiva

Para os doentes mentais, assim como para os grupos e comunidades que compartilham uma situação de desvantagem, desigualdade social, opressão ou discriminação sistemática, os princípios universalistas, como a defesa da liberdade, da igualdade, dos direitos do homem, da justiça, da solidariedade, são temas que estabelecem um nexo direto entre o ator social e o programa político. De modo geral, os apelos à cidadania e às referências latentes às obrigações morais e políticas criadas pela sociedade civil são motivações centrais na formação de movimentos sociais para a regulamentação de conflitos (Alexander, 1998, p. 25).

O Movimento Antimanicomial luta para rever os critérios de distinção dos cidadãos e conseguir qualificar o doente mental entre eles, legalmente. Até o ano de 2001, a estrutura da lei referente ao doente mental fazia parte do código civil brasileiro de 1919. O decreto-lei de 1934 era o que dispunha sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas:

Artigo 5 – são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, os loucos de todo gênero;

Artigo 12 – há a possibilidade de interdição dos loucos, surdos-mudos e pródigos, desde que haja um registro público;

Artigo 84 – os loucos, de modo geral, serão representados por seus pais e tutores;

Artigo 145 – qualquer ato jurídico que seja praticado por loucos será nulo;

Artigo 177 – os loucos que tiverem comportamento inconveniente poderão ser recolhidos a estabelecimentos especiais.

Tais artigos da lei determinam para o doente mental uma cidadania tutelada e assistida (Demo, 1995; Dagnino, 1994). Trata-se de uma cidadania tutelada porque nega a competência e a autonomia dos doentes mentais na determinação das condições de suas próprias vidas. O “louco” é impedido de usufruir de prerrogativas da vida civil (liberdade individual, direito à palavra, direito de ir e vir, de assinar cheques, comprar, vender, casar-se, separar-se etc.), da vida política (votar e ser votado) e da vida social (sujeito à reclusão em instituições especiais). O jurista Dallari (1987, p. 34) ressalta duas questões particularmente problemáticas em tal lei. A primeira diz respeito à própria definição de louco, já que há grande controvérsia entre médicos e especialistas sobre a definição de doença mental e das suas formas de manifestação. A segunda questão refere-se ao atrelamento da loucura, implícito na lei, ao modo pelo qual uma pessoa gerencia seu dinheiro. Pródigos, nesse caso, são as pessoas que gastam muito, sem controle financeiro, o que também engloba uma parcela significativa dos cidadãos ditos “normais”.

O Movimento Antimanicomial pretende a conquista de uma cidadania plena, emancipada. Trata-se de uma cidadania que se alcança com competência tanto para tematizar a impropriedade das formas de exclusão do louco, quanto para decidir sobre questões que afetam a sua vida. A reivindicação de direitos tem como base a idéia de que todos os membros da sociedade devem ser moralmente responsáveis, a fim de que possam desenvolver uma relação de igualdade, assumindo

direitos e deveres que a cidadania exige. Qualificar legalmente o doente mental entre os cidadãos significa uma apropriação crítica da tradição e um processo de argumentação pública, no decorrer do qual concepções concorrentes de identidade e legitimidade política são articuladas, contestadas e refinadas (Minow, 1997; Habermas, 1974, p. 102).

O projeto de Lei Paulo Delgado, que sugere mudanças na legislação psiquiátrica, tornou-se catalizador dos debates acerca da questão antimanicomial, provocando polêmicas entre diversos setores e grupos sociais. Inspirado na Lei Baságlia italiana, de autoria do psiquiatra Franco Baságlia, o projeto de Lei Paulo Delgado, apresentado em 1987 ao Congresso Nacional, somente foi aprovado recentemente, em abril de 2001. Propõe, entre outras coisas:⁵

1. O restabelecimento dos direitos civis e políticos dos doentes mentais.
2. A extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por hospitais-dia.
3. A internação em hospitais gerais, por períodos mínimos.
4. A regulamentação da internação compulsória, ou seja, aquela que se dá sem a aprovação do paciente, e que poderá ocorrer por no máximo 24 horas, com o conhecimento do juiz e de uma junta médica.
5. A regulamentação do uso de terapias perigosas, como o eletrochoque.

O desejo do doente mental de conquistar novos direitos e criar novas relações com o meio social não pode ser completamente separado das reivindicações de ser conhecido de modo específico pelos outros atores sociais, o que pode também significar negação ou oposição. Assim sendo, os doentes mentais, para modificar a própria condição, deverão buscar uma “afirmação de si”, segundo os termos de Habermas, não apenas no plano político-institucional, mas também na sociedade plural, diante de focos de solidariedade, de resistência e de conflito.

Cada conflito que transgride o sistema de regras compartilhadas, independentemente de fazer re-

ferência a recursos materiais ou simbólicos, é um conflito de identidade. Atores sociais entram em conflito para afirmar a identidade que seus oponentes lhes negam, para reapropriar-se de algo que lhes pertence porque são capazes de reconhecer como próprio (Melucci, 1996, p. 74).

A identidade constrói-se por meio do problema interligado de autoconhecimento e reconhecimento (ou não reconhecimento) pelos outros (Taylor, 1994; Calhoun, 1994). Já que, na sociedade, os indivíduos aproximam-se uns dos outros segundo parâmetros sócio-históricos de expectativas recíprocas, os doentes mentais, ao reivindicarem a sua integração na sociedade, serão vistos não propriamente como “indivíduos únicos e singulares” ou “partícipes da comunidade política universal, portadores de direitos e deveres”, mas, de maneira intermediária, como membros de um grupo, com certas características e representações socialmente sustentadas. Conforme Axel Honneth e Nancy Fraser discutem, as normas que orientam as interações entre os grupos nos ambientes de convivência social estão relacionadas não às normas da intimidade, como amor e amizade, nem àquelas das instituições formais, como direitos e deveres, mas às normas de solidariedade coletiva, como expressas em práticas sociais compartilhadas (Honneth, 1999; Fraser, 1997, pp. 13-16).

Assim sendo, as ações do movimento não podem ser entendidas apenas como “respostas negativas” às estruturas de dominação, como formas de resistência ou afastamento de comportamentos padronizados, conforme sugerem, por exemplo, Tundis (1987) e Resende (1987):

[Na questão da loucura] estamos [...] diante de mecanismos cotidianos, silenciosos e legitimados pelo saber científico, que, desde o momento em que as bases da sociedade capitalista foram consolidadas [...], tomam como função sua a reclusão de órfãos, epiléticos, libertinos, velhos, crianças abandonadas, aleijados, religiosos, infratores e loucos (Tundis, 1987, pp. 11-12).

É preciso reconhecer, em primeiro lugar, que conflito e solidariedade são criados por padrões comuns de representação. As relações entre um dado movimento e o sistema social é apenas um

dos aspectos num sistema social e cultural que não pode ser reduzido à lógica interna da dominação (Touraine, 1994; Melucci, 1996). No caso específico, a construção dos grandes manicômios nos séculos XVIII e XIX, no Brasil, foi obra do Estado, seguindo os preceitos de uma visão civilizatória humanista e higienista, que organizou as regras oficiais e os padrões da política mental no país (Pessotti, 1995; Resende, 1987, p. 34). Se, no século XX, tal atitude repressiva e segregacionista do sistema de saúde mental passa a ser criticada, de maneira cada vez mais contundente, os novos projetos simbólicos na sociedade precisam se assentar em formas distintas de instituição do social. Isso diz respeito tanto à institucionalização de novos direitos e à modificação das instituições que regulamentam as relações sociais, quanto a novos padrões de identificação e de reconhecimento dos doentes mentais no meio social.

Em segundo lugar, tratar as instituições apenas como instâncias coercitivas obscurece o fato de que elas também oferecem oportunidades e recursos para que os indivíduos e grupos realizem as suas demandas e alcancem certos níveis de auto-realização considerados mais adequados (Giddens, 1991, p. 224; Calhoun, 1994; Reis, 2000, p. 225). Não há como conceber a reformulação do sistema de saúde ou a institucionalização de direitos sem a ação do Estado. O Estado é imprescindível não apenas para implantar a assistência social, que compõe a face social da cidadania, mas também para construir uma aparelhagem político-institucional flexível e adequada para sustentar e garantir a diversidade dos interesses individuais.

Conflito de identidade e política de reconhecimento

Se não adotamos uma atitude realista diante dos movimentos sociais, não podemos supor que eles possuam as definições sobre seus interesses e vontades, de maneira dada ou unificada, isto é, pronta para a compreensão e a negociação com os outros atores sociais. Isso porque tais definições se configuram e são especificadas a partir da relação mesma com os demais atores sociais. Conforme apontado anteriormente, o processo comunicativo

interno ao movimento pressupõe níveis analíticos distintos, segundo a densidade, a complexidade organizacional e o alcance da comunicação (Habermas, 1997, p. 92). A prática comunicativa entre os membros do movimento faz-se presente desde os ambientes cotidianos e de trabalho, onde as pessoas se encontram de modo ocasional, discutem problemas e formam opiniões de forma parcial e relativamente “ingênua”, até os ambientes formais, como os encontros nacionais do Movimento, em que a discussão se apresenta organizada em pautas específicas para a comunicação de conteúdos ou tomadas de posição, e segue certos procedimentos formais para a deliberação sobre os diversos cursos possíveis de ação, segundo temas específicos (Christiano, 1997, p. 256).

O exame dos relatórios dos encontros do Movimento Antimanicomial, ocorridos desde a implementação desse fórum, permite apreciar o modo pelo qual a discussão se desenvolve para especificar substancialmente a estrutura institucional que gera e limita as oportunidades disponíveis para o doente mental. O primeiro encontro, realizado em Salvador, em 1993, com participação de 480 pessoas, entre psiquiatras, psicólogos, técnicos e doentes mentais, teve como lema: “O Movimento Antimanicomial como movimento social”. A pauta de debates incluiu a formulação de diagnósticos sobre a situação de sofrimento do doente mental, as possibilidades de novas práticas terapêuticas e a especificação seus direitos. Ao lado de tais discussões de natureza legal ou médico-especializada, a preocupação com a mudança das representações simbólicas do doente mental na sociedade mostrou-se fundamental:

É preciso mudar o padrão cultural, o que não significa negar as diferenças, mas respeitá-las e garantir a heterogeneidade e a cidadania 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.⁶

O movimento antimanicomial não pretende apenas a extinção dos manicômios, pois as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicomiais fora do hospital. É necessária uma mudança ampla a nível da sociedade, onde

se resgate o respeito pela subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e à sua criatividade. Deve-se enfatizar a igualdade de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal.⁷

O movimento denuncia “a sociedade capitalista [...] que abandona [o doente mental], pois [ele] não tem força de trabalho para oferecer”.⁸ Critica, de maneira relativamente genérica, a “cultura dominante [...] da submissão e de delegação de responsabilidade” e reivindica respeito e solidariedade, em vez de compaixão ou proteção. Não obstante, o próprio movimento reconhece a incipiência do próprio conhecimento para invocar e conferir um sentido público da nova imagem dos doentes mentais, como pessoas morais, para que eles possam receber um reconhecimento para as suas realizações sociais. O Movimento Antimanicomial entende que é preciso “criar a cultura da autonomia, autoria e cidadania”:

O movimento deve [...] aprofundar sua reflexão sobre a possibilidade ou a impossibilidade de o sujeito dito louco responder por aquilo que faz. Isso implica refletirmos sobre a dimensão do nosso compromisso de resgatar o usuário do serviço de saúde mental para o convívio social.⁹

Resgatar o doente mental para o convívio social implica endereçar à comunidade em geral a pluralidade de aspectos presentes no convívio do doente mental na vida social. Cabe aos próprios interessados esclarecer quais questões são essas, como eles querem viver a própria vida; quais os aspectos relevantes no tratamento de casos considerados como típicos ou diferentes; que definição de bem-viver faz sentido para eles etc.

A habilidade do movimento, como ator social, de localizar-se num campo de relações e de pôr em dúvida as regras que orientam a convivência social não é alcançada de modo situacional e imediato. A competência comunicativa para modificar os padrões de identificação ou para formular problemas de forma convincente, nesta ou naquela esfera, não se resolve apenas com a instalação da base organizacional do movimento social, a conexão de computadores, a agremiação de mem-

bro ou a arrecadação de fundos. A elaboração de narrativas e de vocabulários capazes de conferir expressão aos interesses do grupo está associada a práticas discursivas e lutas coletivas para desconstruir formas narrativas dominantes e vocabulários de outros grupos na sociedade. Conforme as palavras de Nancy Fraser, é preciso “alcançar um grau de controle coletivo sobre os meios de interpretação e comunicação necessários para capacitar os indivíduos a participarem, em condições de paridade com membros de outros grupos, da deliberação moral e política” (Fraser, 1986, p. 429).

Sob essa ótica, é possível entender os movimentos sociais que operam como núcleos de tematização, contestação e deliberação. Os movimentos sociais ligados às questões de identidade, ao tentar “traduzir” as identidades psicológicas e os significados culturais, apresentam uma forte sensibilidade para a tematização de fatores históricos e institucionais, que criam e restringem as oportunidades disponíveis para eles. Buscam revisar os padrões culturais de representação simbólica e desafiar os obstáculos que impedem os membros do grupo de viverem uma vida digna socialmente ou de serem tratados com respeito pelas outras pessoas da sociedade.

A explicação de Melucci sobre a formação da identidade coletiva oferece instrumentos conceituais para lidar com a dimensão cognitiva presente na construção de narrativas dos movimentos sociais no que se refere à definição de fins, meios e campo de ação, de modo a evitar o realismo e o determinismo das abordagens clássicas da ação coletiva ou o voluntarismo e o espontaneísmo existentes em algumas correntes contemporâneas. Segundo Melucci, a identidade coletiva implica, em primeiro lugar, um certo nível de percepção consciente pelos membros de um grupo, algum grau de reflexão e de articulação no sentido de fazer parte de um grupo social com uma história própria e um destino coletivo. Em segundo lugar, a construção da identidade coletiva envolve certos sentimentos positivos ou negativos em relação às características que os membros do grupo percebem compartilhar e, assim, diferenciarem-se de outros grupos (Melucci, 1996, p. 70-71). Isso não quer dizer necessariamente um qua-

dro unificado e coerente, como pensadores cognitivistas tendem a sugerir. Em vez disso, compreende definições diferentes e, algumas vezes, interpretações contraditórias (Young, 1997, p. 390; Minow, 1997).

O tema “Cidadania e Exclusão”, adotado pelo II Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, realizado em Belo Horizonte, em 1995, é revelador do esforço do movimento para reconhecer formas passadas e presentes de opressão do doente mental e, assim, definir e qualificar diferentes prejuízos e danos experimentados pelo grupo. Os núcleos de discussão foram, assim, organizados: “exclusão na cultura”, “exclusão no trabalho”, “exclusão na assistência” e “exclusão no direito”. 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. Essa distinção obriga a uma ruptura com a visão homogênea e abstrata da cultura (“a sociedade capitalista”, “a cultura dominante”). As desvantagens e os danos experimentados pelo grupo são apreciados dentro de campos ou de sistemas de relações que proporcionam constrangimentos e oportunidades, os quais, por sua vez, são reconhecidos e definidos como tais pelos membros do movimento (Melucci, 1996, p. 73). Com esse expediente, 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. A busca de “remédios” para os problemas apresentados exige a cooperação dos demais atores, engendrando novos conflitos e disputas.

Para serem politicamente eficazes, os debates que se desenvolvem nos movimentos sociais devem ser capazes de processar, com maior ou menor grau de explicitação, os interesses conflitantes que

derivam das disposições dos atores antagônicos. No III Encontro da Luta Antimanicomial, “Por uma sociedade sem exclusões”, que ocorreu em 1997, em Porto Alegre, os membros do movimento buscaram apreender de maneira mais aguda os problemas envolvidos em suas próprias reivindicações. As seções de discussão dividiram-se em cinco áreas temáticas: Legislação; Cultura; Trabalho; Formação e Capacitação; e Assistência às Crianças, Adolescentes e Adultos. Não só os problemas foram identificados de modo mais específico, discriminados internamente conforme subgrupos de pacientes, mas também as tentativas de encontrar soluções e planejar a ação para a inserção do doente mental na sociedade ocorreram de maneira mais substantiva.

Algumas demandas do movimento são bem aceitas pelo senso comum, como o fim da violência e o tratamento digno para os pacientes. Contudo, a proposta de extinção dos manicômios enfrenta a dura oposição dos donos de hospitais e clínicas de saúde mental. A integração dos doentes mentais em ambientes sociais (como escolas e locais de trabalho) e a autonomia para decidir sobre a própria internação são temas altamente polêmicos. Alcançar a autonomia e a emancipação, nesses casos, significa seguir caminhos divergentes e mesmo conflituosos com o senso comum. A fim de esclarecer o papel do Movimento Antimanicomial como agente discursivo, será frutífero retomar algumas dessas polêmicas centrais.

Os interesses econômicos

No início dos anos de 1990, membros do Movimento Antimanicomial, médicos e especialistas em saúde mental chegaram a um razoável consenso quanto à proposta de enfatizar o atendimento extra-hospitalar nos ambulatorios, nos centros de saúde e na rede de atendimento primária. Defendeu-se a idéia de que a internação em momentos de crise deveria ser por períodos curtos, de caráter excepcional (Bezerra Jr., 1987, p. 135).

Nesse mesmo período, após conflitos e tensões com o projeto de desospitalização, também as instâncias administrativas do Estado colocaram-se abertamente a favor da inversão nos padrões

de tratamento, até então fundado no atendimento hospitalar. O Ministério da Saúde passou a recusar os pedidos de aumento de leitos nos manicômios; os governos estaduais intensificaram as inspeções sanitárias, as investigações das denúncias de maus tratos e as ameaças de fechamento de clínicas por condições precárias, superlotação e existência de celas fortes.¹⁰ Em 1992, o próprio Ministério da Saúde lançou a campanha: “Doença mental não é crime”, com o propósito de conscientizar a população contra “preconceitos com relação aos doentes mentais”.¹¹ A política geral do governo federal tem sido a de tratar os pacientes psiquiátricos em ambulatorios, extinguindo gradativamente as internações. Isso cria uma frente de luta explícita com os donos de clínicas privadas e hospitais conveniados, que recebem uma taxa diária do Estado por doente mental internado.

Na luta travada contra as clínicas privadas, os membros do Movimento Antimanicomial alegam que os pacientes dessas instituições são os que mais sofrem maus tratos e abandono. As denúncias contra a precária assistência oferecida por essas empresas, chamadas de “indústrias da loucura”,¹² intensificaram-se nos anos de 1990. Representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Comissão de Direitos Humanos da OAB, médicos e psiquiatras, interventores e diretores da área de saúde mental das secretarias estaduais de saúde acusam sobretudo as clínicas conveniadas de produzirem um quadro assustador, com escassez de pessoal técnico por enfermagem, falta de higiene, técnicas violentas, excesso de medicamentos e uma política de internação com prazos bem acima da média.

Os adeptos da política de desospitalização defendem que o deslocamento, para as instituições públicas, dos recursos financeiros públicos, que sustentam as casas de saúde particulares, é uma política mais produtiva, já que essas, ao contrário das particulares, não precisam mover-se em função das exigências de lucro. Há, inclusive, um entendimento geral de que a reformulação do sistema hospitalar de saúde mental acarretará uma diminuição de gastos públicos a médio prazo.¹³ No início dessa polêmica, os donos das clínicas defendiam-se das acusações, alegando que o dinheiro que recebiam por paciente do sistema público de

saúde era insuficiente para oferecer tratamento digno, obrigando-os a cortar gastos com pessoal e alimentação. Nas poucas vezes em que tais atores expressavam sua opinião sobre o fim dos manicômios, eles encetavam o discurso de que essa medida deixaria o doente mental desamparado.

No momento em que a polêmica se radicalizou, pôde-se notar que os donos das clínicas não buscavam a visibilidade pública para defender a necessidade de lucros da empresa, nem mesmo se esforçavam para demonstrar a superioridade ou a necessidade do tratamento hospitalar em relação ao ambulatorial. Em vez de tentar mobilizar a opinião pública, a estratégia de embate político foi e tem sido a utilização de *lobbies* e pressões junto aos congressistas. Em maio de 1991, a Federação Brasileira de Hospitais/FBH, entidade representante dos donos de clínicas particulares, apresentou um abaixo-assinado ao Congresso Nacional, conseguindo, com esse recurso, que as comissões especiais adiassem por várias ocasiões as votações do projeto de Lei Paulo Delgado.¹⁴ Após aprovado no Congresso, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado rejeitou o projeto de Lei em 1995, fazendo-o voltar à Câmara para receber emendas e substitutos.

Nessa ocasião, o Ministério da Saúde tentou pressionar o Congresso, enviando um parecer técnico e colocando-se abertamente favorável à aprovação do projeto de Lei Paulo Delgado: “O projeto é conciso, atemporal, aplicável e, portanto, oportuno”.¹⁵ Apesar da convergência entre o Movimento Antimanicomial, grupos da sociedade civil, entidades na área médico-psiquiátrica e autoridades do setor estatal administrativo para apoiar o fim dos manicômios, não houve, na ocasião, a aprovação da Lei no Senado. A opinião pública não governa, ela pode apenas influenciar as tomadas de decisão nas instâncias formais do sistema político.

O destino e a integração do doente mental na sociedade

Outra controvérsia gerada pela desospitalização diz respeito ao destino daqueles doentes men-

tais que não têm para onde ir, já que ou foram abandonados pelas famílias ou advêm de setores de baixa renda, sem condições de arcar com tratamentos especiais. Aqui, em grande parte, a linha de embate se estabelece com as próprias famílias dos usuários dos asilos. É comum que elas percebam os doentes mentais como “peso morto”, “uma boca a mais”, um impedimento para a participação plena na vida social. Em março de 1992, na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, uma manifestação de duzentas familiares protestou contra a redução dos leitos nos hospitais. Em 1995, diretores e assistentes sociais da clínica conveniada Dr. Eiras e do Hospital Psiquiátrico do Juqueri relataram que a grande maioria dos pacientes que recebeu alta permaneceu no hospital por não terem para onde ir.¹⁶

Nessa controvérsia, o Movimento Antimanicomial procura distinguir entre o problema da loucura e o da pobreza. Manicômio não é abrigo e o pobre não pode ser punido com internação perpétua. A sociedade tem de encontrar soluções para a miséria e a falta de abrigo dos cidadãos que não se restrinjam à hospitalização. No relatório do III Encontro do Movimento em 1997, uma comissão apresentou meios para superar as dificuldades de moradia e de manutenção daqueles que deixam os hospitais psiquiátricos, mediante Lar Abrigado ou Pensão Protegida.¹⁷ Elaborou-se também, de maneira detalhada, uma política de subsídios para a construção e aquisição de casa própria pelos usuários e oferta de remédios básicos, pelo Ministério da Saúde.

Além disso, os representantes do movimento precisam chegar a um acordo com as famílias dos doentes mentais sobre o fato de que a política de desospitalização não pode significar uma política de abandono pelo Estado e de desamparo de cuidados psiquiátrico-médicos, ou seja, um retorno aos padrões de assistência individualista baseados na família. Precisam estar de acordo, ainda, sobre o fato de que, por si só, a priorização da assistência estatal não garante a melhoria na qualidade dos serviços. Assim sendo, a defesa da reforma hospitalar não se pode reduzir unicamente a argumentos econômicos, sob pena de alcançar pequena sustentação moral: “Se, no esforço de reformar hospitais psiquiátricos, o objetivo perseguido

é o de oferecer melhor atendimento à população[...], é indispensável que a clientela dos serviços públicos possa reconhecê-los como sendo efetivamente melhores” (Bezerra Jr., 1987, p. 135).

Os membros do movimento argumentam que a ampliação da rede ambulatorial em saúde mental poderá dar respostas mais adequadas às necessidades de saúde da população. Psiquiatras e psicólogos mostram-se convictos de que a maioria absoluta dos quadros clínicos que se apresentam às portas dos serviços de saúde mental não requerem internação e poderão ter melhor prognóstico se tratados ambulatorialmente (Lauar, 1995; Bezerra Jr., 1987, p. 137; Costa, 1987). No sistema hospitalar, muitos casos de internação eram devidos a sofrimentos e desajustes sociais, e não propriamente à doença mental. A atenção psicológica integrada às demais modalidades clínicas configura-se como uma política de assistência considerada mais apropriada e eficiente para tais casos, particularmente para as camadas da população que não têm como recorrer aos divãs e aos consultórios particulares para a ajuda psicológica. Assim sendo, é fundamental a luta por mais verbas para os hospitais públicos e a melhoria, por todos os meios, de suas condições materiais e humanas. Nos encontros do Movimento, o *slogan* “Em defesa do SUS” aparece como a expressão da defesa de interesses coletivos mais amplos, de assistência médica gratuita e de qualidade aos cidadãos.

O Movimento Antimanicomial esforça-se, de maneira específica, para formular projetos de assistência e/ou apresentar medidas terapêuticas alternativas para a saúde mental. Os novos modelos de tratamento prevêm que o paciente tenha apoio diário nos centros de tratamento, enquanto convive com parentes e se relaciona com outros grupos sociais primários. Paralelamente, a família é chamada a se esclarecer sobre a doença mental, superando a vergonha, aprendendo o momento apropriado para afastar-se do doente ou protegê-lo, facilitando, assim, a cura. Nesse sentido, pretende-se que a família passe a valorizar as habilidades do indivíduo afetado, a fim de aumentar a sua auto-estima por meio das suas conquistas individuais. De modo geral, o movimento compreende que a integração social é o melhor cami-

nho para o restabelecimento da saúde mental. No III Encontro do Movimento, o grupo de discussão sobre assistência a crianças, adolescentes e adultos enfatizou que, nos serviços substitutos, a assistência deve ser voltada para o indivíduo, respeitando as peculiaridades, desejos e expectativas próprias. Propõe-se o fim imediato dos leitos psiquiátricos destinados a crianças e adolescentes, sugerindo-se que eles sejam atendidos em hospitais gerais, na ala da pediatria, e que tenham o direito a um acompanhante da família. Os centros de convivência,¹⁸ onde os doentes mentais participam de oficinas de arte, artesanato e música, já implementados em diversos Estados, são considerados importantes referências de apoio.

A experiência do trabalho adquire uma posição central no modelo de reabilitação proposto pelo Movimento Antimanicomial. A exemplo dos debates feministas, parte-se do entendimento de que a auto-estima social do indivíduo está intimamente ligada à oportunidade de desempenhar uma ocupação economicamente remunerada e, assim, socialmente regulada (Fraser, 1996; 1997, p. 29). Experiências anteriores de organização do trabalho nos hospitais psiquiátricos, em atividades programadas por intermédio, muitas vezes, de convênios com empresas (para produção de artesanato ou jardinagem, por exemplo) são avaliadas como restritivas. Elas tendem a se configurar como trabalho forçado, mantendo as características do confinamento disciplinar e restringindo as habilidades dos pacientes. O movimento entende que tornar o doente mental produtivo significa reintegrá-lo à vida profissional de forma mais ampla. As atividades de terapia ocupacional, realizadas em clínicas e centros de referência, propõem reabilitar o doente por meio de suas características próprias, sem que isso se configure uma profissionalização. Muitos pacientes têm uma habilitação profissional constituída e podem continuar trabalhando com responsabilidade e probidade. A capacidade de trabalho pode ser constantemente reavaliada.

A proposta de oferecer oportunidades para o desenvolvimento das potencialidades individuais de trabalho aparece, mais uma vez, articulada à necessidade de alcançar um reconhecimento junto ao setor empresarial de que os doentes mentais

podem fazer parte de seus quadros funcionais. Nesse sentido, a principal barreira, conforme o deputado Paulo Delgado afirmou, é o preconceito de que os “loucos são sempre perigosos e incapazes”.¹⁹ A luta para que os doentes mentais tenham efetivamente mais chances para conseguir e manter-se no emprego depende de um discurso capaz de estimular os empregadores a oferecer trabalho a tal grupo, bem como de políticas públicas de antidiscriminação, como a revisão da aposentadoria por invalidez, a equidade dos direitos trabalhistas para os doentes mentais, a formação de cooperativas e a criação de bolsas de trabalho.²⁰ Com o objetivo de “mudar a imagem da loucura, mostrando que os pacientes são pessoas capazes de trabalhar com criatividade e profissionalismo”,²¹ em 1997, o movimento elaborou um projeto para a produção de quarenta programas de televisão, de um minuto de duração, para divulgação pela TVE.

Se a esfera pública envolve o princípio da inclusão de novos temas e de novos interlocutores, a busca da autonomia exige que a esfera da vontade livre e da deliberação reflexiva se expanda até o próprio plano da definição pessoal (Reis, 2000, p. 217). Neste sentido, os próprios doentes mentais lutam para se constituir como interlocutores autorizados, cuja voz deve ser ouvida e respeitada em fóruns democráticos. Apela para o direito de opinar sobre as medidas de internamento, os procedimentos de tratamento, as definições de autonomia sobre o próprio corpo etc. Nesses questionamentos, muitas vezes, a linha de embate é travada com os próprios familiares e os especialistas. Desde 1991, quando criaram a Associação dos Usuários de Saúde Mental/Assusam, os doentes mentais organizam ambientes de discussão e mecanismos de auto-gestão; participam dos debates nos hospitais e clínicas, com vistas à deliberação; concedem entrevistas à mídia e vão a passeatas e encontros. No III Encontro Antimanicomial, por exemplo, 60% dos participantes eram doentes mentais, com direito a voto em todos os grupos de discussão. A fim de divulgar a própria voz, refletindo suas opiniões e aspirações, os doentes mentais também têm criado suas próprias mídias, tal como o programa “TV Pínel”, produzido de modo independente no Rio de Janeiro, veiculado nos hospitais e circuitos alterna-

tivos, e as rádios “Tam Tam”, em Santos, e a “Som Pedro”, em Porto Alegre.

À guisa de conclusão – de volta à esfera pública ampliada

Ao mesmo tempo em que o movimento social se mostra envolvido no processo contínuo de discussão interna, ele busca ampliar seus debates para públicos mais amplos, mediante práticas comunicativas orientadas a públicos externos. A produção de relatórios, vídeos, jornais, *releases* enviados às redações da grande mídia, seminários etc. configura-se como recurso para tomar parte na redefinição da sociedade e na construção de outras esferas públicas. Com isso, estimulado pelo movimento, o debate antimanicomial visa a interferir na socialização dos membros da sociedade mais ampla e, eventualmente, na produção de conhecimento especializado, organizado por instituições educacionais típicas.²² Não obstante, ao expandir-se para a sociedade, o debate público desdobra-se de maneira relativamente autônoma e, em grande medida, imprevista, agregando novos interlocutores ou tópicos.

Se o movimento é bem-sucedido em seu esforço de problematizar questões ou relações anteriormente experimentados de forma privada – por pessoas, comunidades ou grupos, em setores ou domínios específicos –, transforma conflitos individuais em problemas relativos às esferas sociais mais amplas ou, mesmo, a toda sociedade. O tratamento controverso de questões, na esfera pública, faz com que práticas anteriormente reguladas por macroinstituições (disposições legais e administrativas) transformem-se em matérias de discussão pública. Os concernidos são chamados a resolver impasses e conflitos por meio do próprio debate, da demonstração do argumento, e não pelo uso da força. Desse modo, pode-se entender a proposta de Habermas de definir a racionalidade introduzida pelo debate não como um plano racional para a sociedade (tal como a elaboração imediata de projetos, de estatutos etc.), mas, em vez disso, como a avaliação crítica das razões que os interlocutores apresentam para solucionar problemas e sustentar, ou não, um sistema de normas.

Ainda que a retórica dos líderes e dirigentes dos movimentos sociais normalmente dê a entender que as definições dos problemas e das soluções sempre estiveram presentes, a formulação discursiva é fruto de um conjunto de vozes que se inter cruzam e de polêmicas que tendem a se definir ao longo de um período. Para o movimento recolocar questões de modo politicamente relevante, rejeitar linhas interpretativas ou formular argumentos que possam ganhar assentimento, faz-se necessário um processo de aprendizado radicado em práticas interativas na sociedade mais ampla. O conflito entre a tentativa de afirmar interesses particulares contra a resistência de outros atores permite aos indivíduos testar e esclarecer suas próprias visões, alargando seus pontos de vista diante dos problemas enfrentados. Em consequência, a racionalização do debate promovida pelo movimento deriva de um conjunto de discussões, num determinado período de tempo, como um processo de interpretação coletiva, e não apenas de um procedimento de tomada de decisão. Nessa acepção, os debates públicos podem aperfeiçoar as políticas institucionais e subsidiar a ação administrativa, ao torná-las potencialmente mais sensíveis aos interesses de uma porção mais ampla da população.

Ao perseguir o ideal da autonomia e buscar ampliar as oportunidades de escolha do doente mental, o Movimento Antimanicomial faz ver o modo pelo qual a dimensão da identidade coletiva encontra-se inevitavelmente imbricada com as identidades individuais. Para o doente mental ter condições efetivas de definir o que fazer ou com quem interagir, desde o plano de mero intercâmbio econômico, profissional, médico-hospitalar, até as relações de amor ou de amizade, é preciso que as condições para a autodefinição individual sejam sustentadas pelos sistemas de serviços especializados, bem como pelas relações que acontecem nos diversos ambientes da sociedade, públicos e privados.

NOTAS

- 1 Discursos podem ser entendidos como situações argumentativas idealizadas, no sentido de que são tipicamente contra-factuais e que, como regra, ape-

nas serão satisfeitas de maneira aproximada. Em *Theory of communicative action*, Habermas restringiu o termo discurso às formas de argumentação que lidam com reivindicações de validade ligadas à verdade e à moral, em que um consenso discursivo universal é, em princípio, possível (Habermas, 1984, p. 42). No final dos anos de 1980, Habermas estende a categoria de discurso, de modo a incluir discussões éticas (na verdade, questões pragmáticas). A suposição é a de que os indivíduos, em suas práticas comunicativas diárias, já possuem competência e intuições gerais, que podem ser racionalmente reconstruídas para dar razões a favor e contra reivindicações de validade em disputa, que aponta para formas de argumentação mais exigentes, próprias do discurso (Habermas, 1994, p. 125; 1998, p. 333-334).

- 2 Para tanto, foram examinadas 97 matérias jornalísticas referentes ao Movimento Antimanicomial veiculadas, entre 1987 e 1997, nos jornais *Folha de S. Paulo*, *Jornal do Brasil* e na revista *Veja*, bem como os relatórios dos três Encontros do Movimento ocorridos nesse período e entrevistas com alguns de seus membros.
- 3 Convocatória do III Encontro Mineiro de Psiquiatria em 1982, citado por Firmino, 1982, p. 35.
- 4 A estrutura administrativa do movimento antimanicomial é organizada por meio de um núcleo estadual que, por um período de dois anos, assume a função de buscar apoio de outras entidades, planejar encontros nacionais e desenvolver estratégias de pressão junto a bancadas partidárias e órgãos legislativos.
- 5 Esse projeto de Lei recebeu aprovação na Câmara em 1990 e tramitou no Senado até abril de 2001, quando foi finalmente sancionado. Neste ínterim, diversos Estados, como Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Santa Catarina e Rio Grande do Norte, formularam suas próprias legislações, investindo em formas alternativas de tratamento.
- 6 Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, 1993, p. 15.
- 7 Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, 1995, p. 10.
- 8 *Idem, ibidem*.
- 9 Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, 1993, p. 21.
- 10 Não seria possível inventariar, no âmbito deste artigo, as medidas do Estado, ora favorecendo a reforma manicomial, ora beneficiando os donos de clínicas e grupos de psiquiatria ortodoxa.

- 11 *Jornal do Brasil*, 6/12/1992.
 - 12 O termo “indústria da loucura”, que se tornou comum para designar o enriquecimento de donos de clínicas com os tratamentos tradicionais, aparece pela primeira vez em 1989, no material jornalístico examinado, quando o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental denunciou a intervenção na Colônia Juliano Junqueira, no Rio de Janeiro.
 - 13 Relatório do I Encontro de Luta Antimanicomial, 1993, p. 24; Bezerra Jr, 1987, p. 134.
 - 14 *Jornal do Brasil*, “Lobby ameaça projeto contra manicômios”, 26/11/1995.
 - 15 *Jornal do Brasil*, “Jatene rejeita crítica à reforma psiquiátrica”, 1º/6/1995; *Jornal do Brasil*, “Lobby ameaça projeto contra manicômios”, 26/11/1995.
 - 16 *Jornal do Brasil*, “Médico critica lei que extingue manicômios”, 7/06/1995.
 - 17 A experiência foi implementada na Espanha e na Inglaterra, onde os governos garantem uma pensão às famílias dos pacientes tidos como crônicos, para que elas possam colaborar com o tratamento dos doentes mentais sem a internação.
 - 18 Verifica-se a modificação da estrutura física das instalações e a reordenação das equipes de atendimento em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Santos, por meio de centros de atendimento e/ou centros de convivência.
 - 19 *Jornal do Brasil*, “Senado decide a extinção dos manicômios. Pinel adota novo modelo há dois anos”, 17/5/1992.
 - 20 Na Inglaterra, o governo paga a metade do salário dos doentes mentais, e agentes do Serviço Nacional de Saúde fazem o acompanhamento direto desses funcionários nas empresas.
 - 21 Depoimento da psicóloga coordenadora do projeto, Doralice Araújo. *Jornal do Brasil*, “TV Pinel quer acabar com os preconceitos”, 11/5/1997.
 - 22 No relatório do III Encontro do Movimento propõe-se estreitar o contato com as instituições universitárias, a fim de intervir na formação e capacitação de futuros profissionais da área de saúde mental e, por meio de projetos de pesquisas integrados, ampliar o conhecimento sobre as práticas antimanicomiais.
- ALEXANDER, Jeffrey. (1998), “Ação coletiva, cultura e sociedade civil”. *RBCS*, 13 (37): 5-31.
- AVRITZER, Leonardo. (1999), “Teoria crítica e teoria democrática – do diagnóstico da impossibilidade da democracia ao conceito de esfera pública”. *Novos Estudos Cebap*, 57: 167-188.
- BARRETO, Francisco Paes. (1995), “A soberania que conhece a ética”, in H. Lauer, *Lei Carvão em debate*, Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde.
- BENEVIDES, Maria Vitória de Mesquita. (1996), *Cidadania ativa*. São Paulo, Ática.
- BENHABIB, S. (1996), “Toward a deliberative model of democratic legitimacy”, in S. Benhabib (ed.), *Democracy and difference: contesting the boundaries of the political*, Princeton, Princeton University Press.
- BEZERRA Jr., Benilton. (1987), “Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental”, in S. A. Tundis (org.), *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*, Petrópolis, Vozes.
- BONO, Ernesto. (1975), *Nós, a loucura e a antipsiquiatria*. Rio de Janeiro, Pallas.
- CALHOUN, Craig. (1994), “Social theory and the Politics of identity”, in C. Calhoun, *Social theory and the politics of identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CASTELLS, Manuel. (1997), *The power of identity*. Massachusetts, Blackwell.
- CHAMBERS, Simone. (1996), *Reasonable democracy – Jürgen Habermas and the politics of discourse*. Londres, Cornell University Press.
- COHEN, Jean & ARATO, Andrew. (1992), “Politics and the concept of civil society”, in A. Honneth et al. (eds.), *Cultural-political interventions in the unfinished project of enlightenment*, Cambridge, Cambridge University Press.

BIBLIOGRAFIA

ALEJANDRO, Roberto. (1993), *Hermeneutics, citizenship and the public sphere*. Nova York, New York University Press.

- COHEN, Joshua. (1997), "Deliberation and democratic legitimacy", in J. Bohman & W. Rehg (eds.), *Deliberative democracy*, Londres, MIT Press.
- COSTA, Jurandir Freire. (1987), "Os interstícios da lei", in *Saúde mental e cidadania*. São Paulo, Mandacaru.
- COSTA, Sérgio. (1997), "Contextos da construção do espaço público no Brasil". *Novos Estudos CEBRAP*, 47: 179-192.
- CHRISTIANO, Thomas. (1997), "The significance of public deliberation", in J. Bohman & W. Rehg (eds.), *Deliberative democracy*, Londres, MIT Press.
- DAGNINO, Evelina. (1994), "Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania", in E. Dagnino (org.), *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*, São Paulo, Brasiliense.
- DALLARI, Dalmo de Abreu. (1987), "Da fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais", in *Saúde mental e cidadania*. São Paulo, Mandacaru.
- DELGADO, Pedro. (1992), *As razões da tutela*. Rio de Janeiro, Editora Te Coroa.
- DEMO, Pedro. (1995), *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas/São Paulo, Autores Associados.
- FERNANDES, Adélia B. (1999), *O papel reflexivo da mídia na construção da cidadania: o caso do movimento antimanicomial – 1987-1997*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais.
- FIRMINO, Hiran. (1982), *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro, Codecri.
- FRASER, Nancy. (1986), "Toward a discourse of ethic of solidarity". *Praxis International*, 5 (4): 421-432.
- _____. (1996), "Multiculturalism and gender equity: the U.S. 'difference' debates revisited". *Constellations*, 3 (1): 61-72.
- _____. (1997), *Justice interrupts: critical reflections on the "post-socialist" condition*. Londres, Routledge.
- GIDDENS, Anthony. (1991), *Modernity and self-identity*. Stanford, Stanford University Press.
- GOHN, Maria da Glória. (1995), *História dos movimentos sociais e lutas sociais*. São Paulo, Loyola.
- HABERMAS, Jürgen. (1974), "On social identity". *Telos*, 19.
- _____. (1984), "The theory of communicative action", in *Reason and the rationalization of society*. Boston, Beacon Press, vol. 1.
- _____. (1992), "Further reflections on the public sphere", in C. Calhoun (ed.), *Habermas and the public sphere*. Cambridge, MIT Press, pp. 421-461.
- _____. (1994), "Struggle for recognition in the democratic constitutional state", in A. Gutmann (ed.), *Multiculturalism*, Princeton, Princeton University Press.
- _____. (1996a), "Three normative models of democracy", in S. Benhabib (ed.), *Democracy and difference – contesting the boundaries of the political*, Princeton, Princeton University Press.
- _____. (1997), *Direito e democracia. Entre ficções e validade*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, vol. 2.
- _____. (1998), "Some further clarifications on the concept of communicative rationality", in M. Cooke, *On the pragmatics of communication*, Cambridge, MIT Press.
- HONNETH, Axel. (1999), "The social dynamics of disrespect: situating critical theory today", in P. Dews, *Habermas: a critical reader*, Oxford, Blackwell.
- I RELATÓRIO do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. (1993), realizado pelo núcleo de estudos pela superação dos manicômios/BA, prefeitura de Salvador.

- II RELATÓRIO do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. (1995), realizado pelo fórum mineiro de saúde mental, prefeitura de Belo Horizonte.
- III RELATÓRIO do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. (1997), realizado pelo fórum gaúcho de saúde mental, Conselho Federal de Psicologia.
- LAUAR, Hélio. (1995), *Lei Carlão em debate*. Belo Horizonte, Associação Mineira de Psiquiatria.
- MAGRO FILHO, João Batista. (1992), *A tradição da loucura*. Belo Horizonte, Editora UFMG.
- MAIA, Rousiley C. M. (2001), "Identity and politics of recognition in the information age", in U. Kivikuru (ed.), *Contesting the frontiers: media and dimensions of identity*, Nordicom.
- MARSIGLIA, Regina Giffoni. (1987), "Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo", in *Saúde mental e cidadania*, São Paulo, Mandacaru.
- MELUCCI, Alberto. (1996a), *Challenging codes: collective action in the information age*. Cambridge, Cambridge University Press.
- MINOW, M. (1997), *Not only for my self— identity, politics & the Law*. Nova York, New Press.
- PESSOTTI, Isaías. (1995), *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro, Editora 34.
- REIS, Fábio W. (2000), "Cidadania, mercado e sociedade civil", in _____, *Mercado e utopia*, São Paulo, Edusp.
- RESENDE, Heitor. (1987), "Política de saúde no Brasil: uma visão histórica", in S. A. Tundis (org.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*, Petrópolis, Vozes.
- TOURAINÉ, Alain. (1994), *Qu'est-ce que la démocratie?*. Paris, Fayard.
- TUNDIS, Silvério A. (org.). (1987), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes.
- YOUNG, I. M. (1997), *Intersecting voices*. Princeton, Princeton University Press.

O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL COMO AGENTE DISCURSIVO NA ESFERA PÚBLICA POLÍTICA

Rousiley C. M. Maia
Adélia B. Fernandes

Palavras-chave

Esfera pública; Movimento antimanicomial; Democracia deliberativa; Debate público; Saúde mental.

O propósito deste artigo é examinar o Movimento Antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. Adotando o conceito habermasiano de esfera pública e democracia deliberativa, investiga-se o modo pelo qual o movimento produziu novas interpretações de interesses políticos nos dez primeiros anos de sua existência, ampliando o debate público sobre a questão antimanicomial. Na primeira parte do texto, procuramos apreender a maneira pela qual o movimento capta e tematiza os problemas que afetam o grupo, dando expressão aos seus interesses e necessidades. Na segunda parte, investigamos algumas formas de argumentação do movimento sobre polêmicas geradas com a reivindicação do fim dos manicômios, no que diz respeito à reestruturação do setor de saúde mental e à integração do louco à sociedade.

THE ANTI-ASYLUM MOVEMENT AS A DISCURSIVE AGENT IN THE PUBLIC POLITICAL SPHERE

Rousiley C. M. Maia
Adélia B. Fernandes

Keywords

Public Sphere, Anti-Asylum Movement, Deliberative Democracy, Public Debate, Mental Health

The aim of this paper is to investigate the Anti-asylum Movement as a discursive agent in the political public sphere. Taking into account Habermas's concept of public sphere and deliberative democracy, we investigate the way through which the movement has produced new interpretations of political interests along ten years from its foundation, expanding public debate about the anti-asylum issue. First, we attempt to analyse the way through which the movement grasps and thematizes problems affecting the group, and gives expression to its own interest and needs. Second, we investigate some forms of argumentation carried on by the movement concerning controversies aroused by measures to shut down mentally ill asylums, the new organization of the mental health care sector and the integration of mentally ill people into society.

LE MOUVEMENT CONTRE L'ENFERMEMENT DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES EN TANT QU'AGENT DISCURSIF DANS LA SPHÈRE PUBLIQUE ET POLITIQUE

Rousiley C. M. Maia
Adélia B. Fernandes

Mots-clés

Mots-clés: Sphère publique; Mouvement contre l'enfermement dans les hôpitaux psychiatriques; Démocratie délibérative; Santé mentale.

Cet article se dédie à examiner le "Movimento Antimanicomial" comme un agent discursif dans l'esphère politique publique. En tennant compte le concept habermasien d'esphère publique et démocratie délibérative, on étudie la façon par laquelle le mouvement a produit de nouvelles interprétations d'intérêt politique dans les dix premières années de son existence, en amplifiant le débat politique sur la question des deshospitalization des malades. Dans la première partie du text, on se dédie a comprendre comment le mouvement prend comme thème les problèmes qui concernent le mouvement. Em suit, on analyse quelques formes d'argumentation du groupe sur des polémiques établies à partir de la revendication du fin des internations dans des hôpitoux psyquiatriques, restructuration du secteur de lasanté mentale et réintégration des malades dans la société.