



OFICINA DO CES

ces

Centro de Estudos Sociais
Laboratório Associado
Faculdade de Economia
Universidade de Coimbra

GILSILENE PASSON P. FRANCISCHETTO

MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE OLIVEIRA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
E A INSERÇÃO FORMAL NO MERCADO DE TRABALHO
NO BRASIL**

**Dezembro de 2008
Oficina nº 318**

Gilsilene Passon P. Francischetto
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

**Desinstitucionalização em Saúde Mental e a Inserção Formal
no Mercado de Trabalho no Brasil**

Oficina do CES n.º 318
Dezembro de 2008

OFICINA DO CES
Publicação seriada do
Centro de Estudos Sociais
Praça D. Dinis
Colégio de S. Jerónimo, Coimbra

Correspondência:
Apartado 3087
3001-401 COIMBRA, Portugal

Gilsilene Passon P. Francischetto¹

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira²

Desinstitucionalização em Saúde Mental e a Inserção Formal no Mercado de Trabalho no Brasil³

Resumo: Este texto propõe-se apresentar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira no contexto do Sistema Único de Saúde com ênfase na inserção formal das pessoas com deficiência no mercado de trabalho no Brasil e a importância da atuação do Ministério Público do Trabalho na efetivação da Lei 8213/91, que prevê cotas para pessoas com deficiência nas empresas privadas. Estes estudos são resultado de pesquisas desenvolvidas pelas autoras em seus grupos de pesquisa no Brasil.

No Brasil, até o final do século XVIII, não havia uma política que proporcionasse qualquer tipo de assistência aos loucos, que, quando não vagavam pela rua, eram isolados em casa. Medeiros (1993) afirma que, no período colonial, a loucura não estava incluída nos catálogos de males e nos projetos da instituição hospitalar e da instituição médica do Rio de Janeiro, a capital do império: o doente mental não beneficiava de nenhuma assistência médica específica e vivia uma situação muito semelhante aos doentes mentais da Europa pós-Revolução Industrial do século XVIII.

No Brasil Colônia, a loucura não representava uma ameaça à sociedade, porque o país experimentava o regime escravocrata, no qual a força-de-trabalho escrava era reconhecidamente uma mercadoria, com valor de uso e de troca aceitos pelos códigos sociais da época. Portanto, a loucura, quando afetava os ricos, era tratada na Europa, e os loucos pobres estavam diluídos na vastidão do território nacional (Tundis, 1987). Os autores acrescentam que a literatura da época não se refere à loucura como doença. Citam Guimarães Rosa, que alude a personagens “esquisitões” sem nenhuma demonstração de reconhecimento social da “esquisitice” como patologia.

¹ Professora da Faculdade de Direito de Vitória – FDV, mestre em Instituições Jurídico-Políticas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Direito e Economia pela Universidade Gama Filho do Rio de Janeiro e Pós-Doutora pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, sob coordenação do Prof. Dr. Boaventura de Sousa Santos.

² Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Pós-Doutoramento no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, com apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo – FAPESP, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008, sob coordenação do Prof. Dr. Boaventura de Sousa Santos.

³ Seminário apresentado no Centro de Estudos Sociais no dia 24 de Janeiro de 2008.

Nos primeiros anos do século XIX, “o doente mental que até então pudera desfrutar grau de tolerância social e de relativa liberdade” passou a ser incluído entre os hóspedes das Santas Casas de Misericórdia (Resende, 1987).

No século XIX, teve início o processo de urbanização da cidade do Rio de Janeiro. As epidemias da época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador. Tal ameaça justifica o interesse da Saúde Pública e da Polícia. Configurava-se a determinação social para o “saneamento” que interdita o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos. A partir de 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro começou a pedir, entre outras medidas de higiene pública, que se construísse um hospício para os alienados e, por meio de periódicos da época, desencadeou um movimento de opinião pública visando a criação de um asilo. Os médicos, além de criticarem o abandono dos loucos que perambulavam pela cidade, denunciavam a situação destes no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em termos dos métodos de tratamento empregados e da insalubridade das instalações (Costa, 1989).

Essa indicação social motiva o surgimento da primeira instituição psiquiátrica no Brasil. Em 1852 foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o primeiro hospício do Brasil. Tinha capacidade para 350 doentes e em um ano após sua abertura já estava com as vagas completas e destinado a receber pessoas de todo o Império, cuja direção permaneceu confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Segundo Resende (1987), as opiniões são unânimes em considerar este acontecimento como marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira.

Assim, a figura do doente mental, no Brasil, fez sua aparição no início do século XIX, em um cenário social cuja organização diferia da Europa do século XVI, onde as condições de ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil haviam trazido exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos homens, incluindo aí os loucos, levados à condição de problema social. A situação do Brasil colônia era de plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, com uma economia primitiva baseada no trabalho escravo, que determinava a polarização da vida social – os senhores e proprietários de um lado e os escravos de outro. Dentre eles havia ainda os indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho que formavam uma massa indefinida numerosa e turbulenta, que vagava pelas cidades e campos, sendo motivo de preocupação para as autoridades. Os loucos vão engrossar essa “leva” e serão arrastados na rede comum da repressão à desordem, à mendicância e à ociosidade (Resende, 1987).

A criação do hospício insere-se na transformação mais ampla que atinge a medicina enquanto saber e técnica de intervenção. “Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria” (Machado, 1978: 376). O hospício, como espaço para o tratamento da loucura, possibilitou que o comportamento do louco passasse a ser considerado doente e, portanto, passível de medicalização.

O hospício Pedro II, cuja fundação baseou-se no princípio do isolamento, foi o lugar de exercício da ação terapêutica, daí a sua organização especial, com vigilância, regulação do tempo e repressão. Constituiu-se, assim, no modelo asilar respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol, na França (Machado, 1978).

Desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, há referências quanto à presença do “enfermeiro” participando da prestação dos cuidados aos internados. De acordo com Amaral (1990), o termo “enfermeiro” era atribuído ao leigo que trabalhava no hospício como auxiliar das irmãs de caridades.

No entanto, concretizadas as medidas de tratamento moral, pouco a pouco surgiram críticas médicas contra aos hospícios, contra os obstáculos institucionais e mesmo jurídicos que impediam a sua gestão médico-administrativa. Denunciavam o que escapava a seu controle, exigindo poder e a afirmação do princípio da autoridade médica incontestada.

O projeto psiquiátrico brasileiro buscou na sua organização os elementos que, de acordo com Castel (1991), constituem uma política de saúde mental. O autor chama a atenção para o facto de que o conjunto de dispositivos do século XIX tinha dimensões cristalizadas, a partir de práticas elaboradas num contexto histórico preciso, em relação a uma problemática social concreta: um código teórico (as nosografias clássicas), uma tecnologia de intervenção (o tratamento moral), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais.

A partir de 1881, os médicos passaram a assumir a direção do hospício e, com a proclamação da República, o então denominado Hospício Nacional de Alienados passou a ser controlado pelo Estado e não mais pela Santa Casa. Ocorreu, então, a “laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle da instituição e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocará para si a atribuição da assistência ao doente mental” (Resende, 1987).

Em 1902, Juliano Moreira assumiu a direção do hospício e em 1903, Teixeira Brandão, que em 1886 havia sido o primeiro psiquiatra, diretor daquela instituição, ardente

defensor da total medicalização do asilo e então deputado, conseguiu a aprovação da primeira lei dos alienados.

Assim, nesse contexto, para modernizar o Hospício no sentido do ideal liberal republicano, Oswaldo Cruz alia-se a Juliano Moreira, que substitui a orientação francesa de seu antecessor pelo enfoque da Psiquiatria Alemã. Isto repercute na discussão da etiologia da doença mental, pois o biologismo passa a explicá-la, como também aos aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos, e a psiquiatria se coloca em defesa da manutenção do controle social pelo Estado. Nessa gestão foi promulgada a primeira Lei Federal n. 1.132, de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos alienados, concretizando a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional (Amarante, 1994). Assim, a assistência psiquiátrica brasileira do início do século XX cumpriu sua síntese asilar definindo mais um dos elementos de uma política de saúde mental: um estatuto do usuário. Com Juliano Moreira a psiquiatria ganhou um novo ímpeto e abriu-se o caminho para a sua “fase científica”, com fundamentos teóricos, práticos e institucionais que constituíram um sistema psiquiátrico coerente.

Em 1912, a psiquiatria, cujo ensino havia começado em 1883, tornou-se especialidade médica autônoma. Foi também a partir dessa data que ocorreu um aumento no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais, não só no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil. Em conjunto com essa expansão, ganhou vulto no pensamento psiquiátrico nacional a idéia de tratar os doentes incuráveis pelo trabalho, favorecendo assim as propostas para construção de colônias agrícolas em todos os estados do País. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento. Através do trabalho, “era preciso reverter ao normal a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos” (Resende, 1987: 47). Assim, a psiquiatria dilatou suas fronteiras infiltrando-se na vida social, através do conceito de eugenia.

Na década de 30, o cuidado com o doente mental permaneceu essencialmente restrito ao interior do asilo, com exceção da experiência pioneira de Ulisses Pernambuco que, “rompendo os limites do hospital psiquiátrico, criou ambulatório em serviços públicos e escola especial para deficientes mentais, introduzindo o interesse pelo conhecimento da psicologia e da sociologia” (Medeiros, 1993: 79).

Em São Paulo, que desde a última década do século XIX investia pesadamente em saneamento e saúde pública, dado os interesses determinados pelo dinamismo de sua

economia, a assistência aos alienados foi entregue ao médico psiquiatra Franco da Rocha, que fez construir, em 1898, o Hospício Colônia de Juqueri.

O primeiro asilo paulista para alienados foi o Hospício Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, inaugurado em 1852, localizado na Rua São João e transferido em 1862 para a rua Tabatinguera, onde hoje é o Parque D. Pedro. Nos primeiros anos, apenas nove doentes ali foram recolhidos, mas, logo depois, seu administrador denunciava em seus relatórios a superlotação, as epidemias, a alta mortalidade, as revoltas, as fugas e a precariedade das instalações (Giordano, 1989; Mângia, 1992).

Franco da Rocha, frente a esta situação, advogou e conseguiu a criação de um grande asilo com colônias anexas, destinado a receber 800 doentes de todo o Estado. Inaugurado em 1898, o hospital-colônia iria “assistir, curar pelo trabalho agrícola e devolver o louco à sociedade como cidadão útil” (Giordano, 1989:103).

O instrumento teórico que fundamentava o “projeto de cura” de Franco da Rocha era uma síntese do alienismo de Pinel, agregado à monomania de Esquirol e à degenerescência de Morel (Giordano, 1989; Mângia, 1992).

De 1852 a 1930, primeiramente com o Hospício Provisório de Alienados e depois com o Hospício de Juqueri, a política de assistência psiquiátrica em São Paulo limitava-se à existência de uma instituição fechada, a 33 km da Capital, a qual, mesmo usando o sistema “open-door”, caracterizava-se pelo seu isolamento. O Juqueri continuou sendo o grande centralizador de pacientes e, no final de 1950, totalizava 13.019 internados, chegando a albergar 14.393 pacientes em 1965, quando então se iniciou a política de sua redistribuição para entidades privadas. Foi esta política da Secretaria de São Paulo, à semelhança daquela adotada pelo Governo Federal, que determinou a subsequente expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados (Giordano, 1989).

Ao fim da década de 50, do século passado, a situação de assistência ao doente mental era caótica em todo o Brasil. Os hospícios, hospitais e colônias tinham como características a “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase 100 anos antes” (Resende, 1987: 55).

Ainda, no Brasil da década de 1950, a assistência permanecia centralizada no hospital, apesar das reformulações discursivas que envolviam a Higiene Mental, a ampliação do campo de atuação da assistência psiquiátrica para alguns setores novos e a utilização da nova denominação “saúde mental”.

O sanitarismo do começo do século XX se mantém nos anos de 1920 e 1930, quando se vincula o benefício da saúde a uma ocupação produtiva. A saúde estava organizada em grupos privados, as Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAPs, depois incorporadas pelo governo Vargas em 1937, e transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPs. Com esta política o governo pretendia favorecer o desenvolvimento industrial, preservando a força de trabalho por meio de uma política social: a política de saúde. Os serviços de saúde configuravam uma estrutura dicotomizada, com predomínio da atenção médica individual e da assistência hospitalar em detrimento das ações coletivas de promoção e proteção à saúde (Resende, 1987).

Todavia, os serviços médicos dos Institutos de Aposentadorias e Pensões não contemplavam a assistência psiquiátrica até fins dos anos 50. Essa incorporação tardia da assistência psiquiátrica ao conjunto das práticas de saúde deve-se ao fato de a psiquiatria ainda não gozar do status científico das outras especialidades médicas, em virtude da ineficácia de seus tratamentos, da situação deplorável de seus hospitais e pelo fato de não dispor ainda de medicação específica, pois os neurolépticos só chegaram ao país em 1955 (Tundis, 1987).

A partir de então, os hospitais vão se manter superlotados, e os maus tratos evidenciavam uma assistência que tinha, sobretudo, a função social de excluir as sobras humanas produzidas em cada momento histórico.

Na década de 60 do século passado, no período que se seguiu ao golpe militar de 1964, emergiu a medicina previdenciária e a sua psiquiatria de massa, que determinou novos rumos para a assistência psiquiátrica, estendendo a sua cobertura aos trabalhadores e seus dependentes (Resende, 1987). O Golpe Militar de 1964 interrompeu as discussões sobre uma Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário campanhista em vigor, propondo sua substituição por uma rede municipalizada de saúde, confiscando os poderes locais, deixando os municípios sem autonomia de gestão e os recursos financeiros subordinados ao apoio político da ditadura, fragilizando a capacidade de formulação e gestão das ações locais de saúde nos vinte anos subseqüentes.

Observou-se, então, o florescimento de leitos em hospitais privados e o afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada. Segundo dados do Centro de Informações de Saúde do Ministério da Saúde, a conhecida expansão do número de estabelecimentos hospitalares, iniciada na década de 60, aumentou aproximadamente em três vezes o número de hospitais psiquiátricos, notadamente no setor privado (Alves, 1992). Assim, em 1961, dos

135 hospitais psiquiátricos existentes, 60% (81) eram privados e, em 1971, existiam 341 hospitais, sendo 78,9% (269) privados (Alves, 1992).

O início dos anos de 1970 caracterizou-se pelas denúncias de grupos de profissionais contra o que se denominava a “indústria da loucura”, condenada como dispendiosa e cronificadora. O sistema acolheu as denúncias e elaborou uma infinidade de novas propostas, ordens de serviço oriundas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do próprio Instituto Nacional de Previdência Social (Resende, 1987).

Em suma, de 1964 a 1974 o cenário político tornava crime o debate sobre alternativas políticas. Este foi um momento propício para o governo implantar sua reforma institucional. Pretendia a generalização das privatizações pela compra de serviços particulares com o dinheiro público. Valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, que resultou na medicalização em massa da sociedade. Na área psiquiátrica esse favorecimento ficou conhecido como “indústria da loucura” (Barros, 1996).

Nesse contexto foram introduzidas no Brasil as proposições da Medicina Comunitária e Medicina Preventiva como estratégias de expansão dos cuidados psiquiátricos à população não previdenciária.

A expansão de ofertas de leitos reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Essa Política do Instituto Nacional de Previdência Social/INPS tinha vinculações conhecidas com o setor privado e tornou-se o principal obstáculo para a implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica mais complementares e não asilares (Barros, 1996).

Na década de 1970, a crise social deixa entrever as dificuldades de manutenção do autoritarismo. O fim do milagre econômico revigorou as forças sociais questionadoras do modelo excludente da maioria da população em relação às benesses do crescimento econômico, propiciando o acirramento das pressões sociais e favorecendo a distensão política, lenta e gradual. Nesse contexto organiza-se o Movimento pela Reforma Sanitária, como parte do movimento maior pela democratização do país e fortalecimento da sociedade civil.

No plano específico da saúde, o Movimento propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, resultando na proposta do Sistema Único de Saúde-SUS. Tal proposta ancorou-se no conceito da determinação social do processo saúde/doença e na crítica à perversidade do sistema político, econômico e social que mercantiliza a doença e a saúde.

O processo de redemocratização do País, na década de oitenta, com eleição direta de governantes estaduais, possibilitou que setores progressistas assumissem a condução de políticas de saúde. Nesse contexto, emergiram propostas dos trabalhadores em Saúde Mental que faziam críticas à prática e ao saber psiquiátrico clássico, à função tutelar e segregadora da intervenção psiquiátrica e ao aparato manicomial (Barros, 1996). As denúncias da mercantilização da loucura, através das clínicas privadas, e da situação asilar, com a condição degradante dos pacientes em hospitais-colônias, tais como Barbacena, Juqueri e Juliano Moreira, possibilitavam a constatação de que o segmento populacional alijado do processo produtivo, e que, portanto, não contribuía para a Previdência, fora condenado ao atendimento nos asilos públicos, carentes de recursos.

Na nova conjuntura do País, intensificaram-se os movimentos em favor da Reforma Sanitária cuja bandeira de luta era o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de descentralização, regionalização e hierarquização.

O crescimento do Movimento Sanitário foi acompanhado pelo surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e de Núcleos de Saúde Mental que organizaram eventos, onde técnicos de diversas categorias e de diversos estados do País discutiram o papel político que deveriam desempenhar para a transformação da realidade assistencial. Consoante com o movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu o Projeto de Lei 3.657/89 da autoria do Deputado Paulo Delgado, em que se prescrevia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Este projeto impôs a ampliação do debate sobre a situação psiquiátrica brasileira não apenas entre os técnicos e usuários, mas também entre os vários segmentos da sociedade civil.

A Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na Região (América Latina), realizada em Caracas em novembro de 1990, reconheceu como ineficaz e ineficiente a atenção psiquiátrica que tem no hospital psiquiátrico a única modalidade assistencial. Assim, explicitou a necessidade da reestruturação imediata da atenção psiquiátrica e proclamou que isto implica na revisão crítica do papel hegemônico do hospital psiquiátrico, na adequação da legislação dos países, de forma a assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, e na promoção da reorganização dos serviços de forma a garantir o cumprimento de seus direitos. Recomendou, ainda, que a assistência prestada deve salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis das pessoas.

Como afirmam Rottelli (1990a) e Amarante (1992), essa conferência veio demarcar a crescente tendência internacional de superação dos velhos modelos da psiquiatria e deu

legitimidade às transformações que vinham ocorrendo nos países latino-americanos, até então impulsionados pelos grupos de interesse, muitas vezes à margem das políticas oficiais.

Norteados pelo relatório da I e II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e pela Declaração de Caracas, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde – COSAM/MS, em 1992, visando o aprofundamento do processo da Reforma Psiquiátrica no Contexto da reforma Sanitária Brasileira, propôs:

a) a substituição progressiva do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico por uma rede de atenção integral em saúde mental, diversificada, descentralizada, integrada à rede geral de serviços de saúde e a outros recursos sócio-comunitários. Pretende-se, assim, o desenvolvimento de novas práticas, calcadas em princípios éticos e no respeito aos direitos de cidadania dos usuários.

b) A revisão do arcabouço jurídico-legal, objetivando a sua compatibilização com as mudanças em curso e a garantia dos direitos civis e de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais.

No período subsequente à II Conferência Nacional de Saúde Mental, e em consonância com a mesma, foram criadas normas objetivas de qualificação de serviços de internação psiquiátrica, bem como um dispositivo mais eficaz de fiscalização dos mesmos, o que permitiu que um grande número de leitos e instituições inadequados às exigências mínimas de assistência e respeito aos direitos humanos fossem retirados do sistema de saúde, sem que isto viesse acarretar redução da oferta assistencial.

Paralelamente, seguindo a lógica da descentralização do Sistema Único de Saúde, foram sendo constituídas redes de atenção psicossocial substitutivas ao modelo centrado na referência à internação hospitalar como eixo assistencial, criando-se serviços de atenção diária de base municipal que, por terem agora mecanismos de financiamento previstos pelo Sistema Único de Saúde, expandem-se continuamente.

Em 2001, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, e após mais de dez anos de intenso debate, foi aprovada e sancionada a nº Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que reafirma o processo em curso e implica novos desafios para os gestores públicos de saúde e a sociedade de um modo geral. A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde, em seu artigo 4º regula a internação em hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica foi definida por Amarante (1994) como um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a

relação da sociedade brasileira com o doente mental. Esse processo implica em mudanças na cultura, na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos. Essa mudança requer, além da reformulação dos conceitos sobre o arcabouço teórico-prático que norteia a assistência psiquiátrica tradicional, o reconhecimento de que a psiquiatria sozinha não é capaz de dar conta da complexidade das questões psiquiátricas e que ela não é apenas uma disciplina que se pratica por trás dos muros para gerar lucros, mas uma atividade política transformadora (Silva, Barros e Oliveira, 2002).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica propõe novas referências de sociabilidade, novos contratos sociais de relações e um lugar político social inclusivo, como espaço de vida e como inversão do modelo hegemônico de assistência psiquiátrica, processo esse compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais. Segundo o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, esse processo é marcado por tensões, desafios e conflitos, e tem como princípios a implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão.

Assim, a efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, e, também, programas de suporte comunitário. Neste sentido, a desinstitucionalização é entendida como a superação do aparato manicomial, o que diz respeito à ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica, os paradigmas clínico e racionalista (Rotelli, 1990a; Amarante, 1992).

Por vezes o que se entende por Reforma Psiquiátrica, no Brasil, é consistente com o significado que a desinstitucionalização teve nos Estados Unidos e em países da Europa: programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e política de altas hospitalares. Amarante (1994) chama a atenção para o facto de que isto é uma simples reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico e que o termo “reforma” implica algumas limitações e favorece mal-entendidos, uma vez que, historicamente, tem sido associado à idéia de transformações superficiais, sem consistência ou profundidade. A desinstitucionalização, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização, em países da Europa e nos Estados Unidos.

De acordo com Rottelli (1990b), a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio desmonta a solução institucional existente para desmontar e remontar o problema. Ou seja, se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas, ou não tratadas, para transformar o seu sofrimento. Uma vez posta em discussão à psiquiatria, suas instituições e o próprio paradigma médico-psicológico que obedece a uma ordem racionalista abstrata, devemos aceitar o desafio teórico que se impõe no sentido de construção de novos saberes que consigam equacionar teoricamente a experiência que emerge das práticas de desconstrução em curso em várias partes do mundo.

Os principais atores do processo de desinstitucionalização são os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, etc. A desinstitucionalização é, sobretudo, um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem como sujeitos. Cuidar é também se ocupar para que se transforme a vida concreta e cotidiana que alimenta o sofrimento do “paciente”.

Em estudo sobre os limites e possibilidades de Reforma Psiquiátrica, Silva, Barros e Oliveira (2002) analisam discursos de trabalhadores da área de Saúde Mental, os quais informam que a mudança pretendida, como Reforma Psiquiátrica, apresenta-se com o significado de atualização no modelo de assistência psiquiátrica tradicional, sem a perspectiva transformadora de sua superação. As autoras denominam este processo como reformismo, que se caracteriza por uma busca de soluções positivas sobre a base institucional existente, ou seja, uma reestruturação da assistência psiquiátrica, sem qualquer atitude crítica ao modelo epistemológico constituinte da psiquiatria.

Entendemos o processo da Reforma Psiquiátrica ancorado em uma palavra de ordem central que é a desinstitucionalização, entendida, na vertente da Reforma Psiquiátrica Italiana, como um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos e a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições; tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação em hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos ali depositados (Rottelli, 1990b). As transformações institucionais são produzidas a partir de dentro, trabalhando com aquilo que existe.

O campo da Reforma Psiquiátrica, que é o campo da Saúde Mental, vem produzindo uma nova ordem e seleção de saberes considerados pertinentes à substituição da idéia de doença mental pela de Saúde Mental e à compreensão de seus determinantes sociais. O campo

da Saúde Mental toma como tarefa a substituição das práticas de exclusão social, retratadas nas instituições asilares, e da visão estritamente orgânica do sujeito.

Paulo Amarante é um autor que vem discutindo e formulando conceitos para a Reforma Psiquiátrica e que propõe uma nova conceituação fundamentada no conceito de reforma sanitária, como um processo de transformação estrutural, e na noção de processo social complexo, que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas (Amarante, 1994). Este autor refere quatro dimensões para compreensão e construção do conceito da Reforma Psiquiátrica:

- a primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico, ou teórico conceitual, ou seja, ao conjunto de questões que se situam no campo de produção de saberes, em que o conceito de desinstitucionalização passa a designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida;
- a segunda dimensão é do âmbito técnico-assistencial, em que emerge a questão do modelo assistencial;
- a terceira dimensão da Reforma Psiquiátrica diz respeito ao campo jurídico-político, no qual importa rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais;
- a quarta dimensão é denominada de sociocultural e diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura.

Apesar das “pedras no caminho” e dos riscos, sempre presentes, de reduzir a Reforma Psiquiátrica a uma reorganização dos serviços, ao olharmos o processo da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, à luz dessas dimensões, podemos afirmar que existe um novo contexto prático discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano, e os serviços tentam ser espaços de produção de novas práticas sociais. A participação efetiva da sociedade civil na construção de políticas de Saúde Mental, organizadas em associações de usuários e familiares, traz à cena um novo protagonista. O usuário e seus familiares tornam-se agentes de transformação da realidade e construtores de possibilidades.

A Reforma Psiquiátrica é um processo e, como tal, ainda necessita de ter efetivamente uma rede de serviços territoriais que dêem conta do cuidado, entendido como práticas terapêuticas, de Reabilitação psicossocial. No município de São Paulo, por exemplo, temos aproximadamente 40 Centros de Atenção Psicossocial, incluindo os de álcool e outras drogas, e nenhum deles é de assistência 24 horas; no entanto, também assistimos ao processo de

transformação dos hospitais psiquiátricos que reduzem leitos, implementam residências, hospitais-dia e outros equipamentos onde prevalece à visão do sujeito doente como cidadão. No entanto, precisamos estar atentos, pois o manicômio não existe só nas paredes do hospício, mas também nos nossos saberes e práticas.

Um das formas de integração da pessoa com deficiência dá-se por meio do trabalho. A legislação brasileira tem dispensado tratamento específico para as pessoas com deficiência. A própria Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 7º XXXI, explicita a proibição de discriminação do trabalho dos portadores de deficiência, não só quanto à admissão bem como à contraprestação pelo trabalho. Já o Artigo 203 menciona como um dos objetivos da Assistência Social: “IV – a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”. O inciso V do mesmo artigo garante um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência que comprove não ter condições de prover sua manutenção.

Outra disposição constitucional de grande relevância consta do artigo 227, § 1º, II, que prevê a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, mental ou sensorial. Menciona ainda que os adolescentes portadores de deficiência terão programas de treinamento para o trabalho e para a convivência, além da facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos com a eliminação dos preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

Com referência específica ao campo de trabalho, a Lei 8.112/90 em seu artigo 5º, § 2º reserva até vinte por cento do total das vagas oferecidas em concurso público para pessoas com deficiência. Não obstante os mandamentos constitucionais, historicamente tais trabalhadores têm sofrido os mais variados tipos de discriminação. Esta não se verifica apenas no tocante ao trabalho, mas à própria vida social, cultural e esportiva, em que pouco se verifica a participação de deficientes.

No tocante à atividade laborativa, tal alijamento ocasiona inúmeros problemas para os deficientes. Primeiro, no que se refere à vida financeira, quando estes trabalhadores não têm uma fonte de renda, são privados de obter os meios materiais para uma vida mais digna. Além do aspecto econômico soma-se o aspecto psicológico, que se reflete na inserção do deficiente na comunidade produtiva e na possibilidade de demonstrar capacidade de desenvolver variadas atividades tanto quanto qualquer outro trabalhador.

Tendo em vista a importância do trabalho para o ser humano e, ao mesmo tempo, a intensa discriminação quanto ao acesso da pessoa com deficiência, a Lei 8.213/91 estabeleceu

em seu Artigo 93, um sistema de cotização compulsória. Assim, as empresas do setor privado que contenham mais de 100 empregados observarão as seguintes proporções: de 100 a 200 empregados, 2%; de 201 a 500 empregados, 3%; de 501 a 1000 empregados, 4%; e de 1001 ou mais empregados, 5%. Tal previsão legal tem o objetivo de garantir a entrada do deficiente⁴ no mercado de trabalho, pois, se fosse deixado à livre escolha dos empregadores, muitos desses trabalhadores não seriam contratados. No intento de fiscalizar o cumprimento do disposto acima, o Ministério do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho têm desenvolvido vários programas.

A CF/88 consagrou o Ministério Público como defensor da sociedade, tendo os pilares da instituição respaldados nos artigos 127 a 130. Nos termos do caput do art. 127 da CR/88, incumbe ao Ministério Público a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Atualmente o Ministério Público objetiva defender os denominados interesses indisponíveis da sociedade, sem vinculação com quaisquer dos Poderes constituídos – sendo um órgão do Estado e não do governo –, inclusive com a incumbência de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública e dos direitos assegurados na Constituição.

Assim, o Ministério Público do Trabalho atua no sentido de verificar o cumprimento dos percentuais estabelecidos na lei. Para o desenvolvimento de suas atividades criou a COORDIGUALDADE em 2002, através da Portaria n.º 273 da Procuradoria Geral do Trabalho, com um extenso campo de atuação, sempre tendo por foco a busca de igualdade de oportunidades de acesso ao trabalho e de eliminação de qualquer tratamento discriminatório na relação entre empregado e empregador, seja na admissão, na constância ou na cessação do vínculo.

Arion Sayão Romita (1998: 159) salienta que:

As leis brasileiras sobre a proteção dos direitos dos deficientes são boas, mas precisam ser cumpridas. De nada vale a excelência da lei quando sua execução é negligenciada [...]. Para ser executada, a legislação exige sintonia com o momento e o estágio de evolução em que se encontra a sociedade na qual ela pretende atuar.

O Ministério Público do Trabalho tem um papel importante na correta observância das leis que tratam das pessoas com deficiência, organizando audiências públicas, seminários e

⁴ Alguns doutrinadores têm preferido a utilização da expressão “pessoas portadoras de necessidades especiais” ao invés de “pessoas portadoras de deficiência”. Nesse sentido, “Frisa-se, ainda, que a expressão proposta não tem a pretensão de se impor como prevalente, devendo ser acolhida de bom grado toda terminologia que não ressalte a dependência da pessoa com deficiência, mas evidenciando as mesmas como seres humanos, detentores de direitos, com o reconhecimento mais de suas ‘diferenças’ do que de suas ‘deficiências’” (Melo, 2004: 42-43).

cursos para promover o esclarecimento e conscientização acerca da matéria. Poderá ainda firmar termos de ajuste de conduta visando a regularização das empresas, quanto à adequação às cotas ou, até mesmo, propor as ações judiciais cabíveis.⁵

Referências bibliográficas

- Alves, Domingos Sávio (1992), “Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil”, II Conferência Nacional de Saúde Mental, *A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 49-56.
- Amaral, Ana Maria do (1990), *A enfermagem psiquiátrica na realidade brasileira: desafio entre o saber e o fazer*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (1992), *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (1994), “Asilos, alienados, alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil”, in Amarante Paulo Duarte de Carvalho (org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, Sônia (1996), *O Louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica subjudice*. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo.
- Castel, Robert (1991), *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Costa, Jurandir Freire (1989), *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Giordano, Silvio (1989), *A persistência da higiene e a doença mental: contribuições à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

⁵ Apenas a título de exemplo, o MPT do Rio de Janeiro firmou termo de ajuste de conduta com empresa de telefonia para contratação de mais de 500 pessoas portadoras de deficiência ou reabilitadas da previdência. Em São Paulo foi firmado um termo para contratação de deficientes pelo Banco Itaú em todo o Brasil. Disponível em www.mpt.gov.br. Acesso em 5 fev. 2005.

- Machado, Roberto (1978), *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Mângia, Elisabete Ferreira (1992), *As origens da psiquiatria brasileira e seus ideólogos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Medeiros, Talvane (1993), “Uma história da psiquiatria no Brasil”, in João Ferreira Silva Filho; Jane Russo (orgs.), *Duzentos anos de psiquiatria no Brasil*. RJ: Relume Dumará.
- Melo, Sandro Nahmias (2004), *O Direito do Trabalho da pessoa portadora de deficiência. Ação afirmativa. O princípio constitucional da Igualdade*. São Paulo: LTR.
- Resende, Heitor (1987), “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”, in Sílvio Tundis (org.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro. Vozes/Abrasco.
- Ribeiro, Moneda; Oliveira, Márcia Aparecida Ferreira de; Silva, Ana Luisa Aranha; Barros, Sônia (2003), “O papel das drogas na vida da criança em situação de rua”, *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 14(2), 79-84.
- Romita, Arion Sayão (1998), *Direito do Trabalho – Temas em aberto*. São Paulo: LTR.
- Rottelli, Franco (1990a), “A institucionalização inventada”, in Fernanda de Silvío Nicácio (org.), *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 89-99.
- Rottelli, Franco (1990b), “Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental”, in Fernanda de Silvío Nicácio (org.), *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 17-59.
- Silva, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti; Barros, Sônia; Oliveira, Márcia Aparecida Ferreira de (2002), “Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto”, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(1), 4-9.
- Tundis, Sílvio (org.) (1987), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.