# PROCESSO DE INTEGRAÇÃO/INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO ESPECIAL E PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL: APARATO LEGAL E IMPLICAÇÕES SOCIAIS1

Alessandra de Araujo<sup>2</sup> Almir Del Prette<sup>3</sup>

Resumo: Mudanças significativas têm ocorrido nas últimas décadas nos campos teórico, prático, político e social na área da Educação Especial e da Saúde Mental. Com base nos novos princípios e diretrizes traçados pelos documentos oficiais, através do Movimento de Integração/Inclusão na Educação Especial e do Movimento de Desinstitucionalização na Saúde Mental, busca-se oferecer aos indivíduos portadores de deficiências e de transtornos mentais condições para a conquista e o exercício da cidadania.

Este artigo tem por objetivo apresentar uma breve retrospectiva histórica destas duas áreas de conhecimento, demarcando os aspectos legais, que em certa medida oferecem condições para que as mudanças ocorram, e as implicações sociais dos citados movimentos, para então, ao final, estabelecer—se possíveis relações entre ambos.

**Palavras-chave**: educação especial, integração/inclusão, saúde mental, desinstitucionalização.

#### A EDUCAÇÃO ESPECIAL

Da Antigüidade Clássica aos dias atuais, profundas mudanças aconteceram no modo de conceber o indivíduo excepcional. Isso porque a

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Parte das idéias aqui apresentadas tem como base a dissertação de mestrado "O Acompanhamento Terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação", defendida pelo primeiro autor em 1999, com orientação do segundo. Uma versão resumida foi apresentada na 23ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu/MG, em Setembro de 2000, constando no CD-Rom do evento. Pesquisa financiada pela FAPESP - Processo nº 97/04025-3

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória ES.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial na Universidade Federal de São Carlos, em São Carlos SP.

excepcionalidade não é algo que existe em si, localizada no indivíduo, sendo este o responsável por ela, e sim, uma concepção resultante de uma teia de significações dependente das relações entre os valores científicos, sociais, morais, filosóficos, éticos e religiosos.

Ao analisarmos nossa história, observamos que a forma como nos relacionamos com as pessoas portadoras de deficiências varia de acordo com os diversos valores instituídos em uma dada sociedade num determinado momento histórico, bem como de acordo com a nóssa capacidade de lidar com as diferenças de outros seres humanos.

Assim, se na Antigüidade Clássica as crianças deficientes eram abandonadas e mesmo eliminadas por não serem consideradas aptas para a arte de guerrear, durante a Idade Média, com a difusão da doutrina cristã, instituições asilares foram criadas para recolher indiscriminadamente loucos, prostitutas, mendigos e excepcionais, uma vez tratarem-se de "filhos de Deus" incapacitados para uma vida social e econômica aceitável. Nessas instituições recebiam apenas comida e alojamento. Não se vislumbrava outros tipos de cuidados porque a explicação sobre a condição de tais indivíduos estava atrelada a fatores sobrenaturais ou divinos. O isolamento dessas pessoas pautava-se na moral cristã aliada a interesses econômicos. Por não serem capazes de prover sua própria subsistência, pagar impostos e seguirem regras sociais, eram caritativamente recebidos em mosteiros e asilos e, posteriormente, em manicômios e hospitais. Como nos mostra Pessotti (1981, p. 57):

"Em 1788, a prática cômoda e caridosa de alojar os marginais em hospícios ou hospitais gerais, conduz a situações absurdas como a do Salpetrière que encerra, então, em completa promiscuidade, delinqüentes, idiotas, prostitutas, loucos, "libertinos" e "possessos", num total de 8.000 pessoas "

Essa situação passou a ser alterada a partir do final do século XVIII, época de forte desenvolvimento das ciências naturais. A medicina, a exemplo de outras disciplinas científicas, como a botânica e a zoologia, preocupava-se em apresentar uma nosografia ao mesmo tempo lógica e exaustiva dos problemas clínicos. Trata-se dos primeiros sinais contra explicações teológicas da deficiência e do início de uma visão organicista

e genética da deficiência mental e da loucura. São nomes de destaque deste período Pinel, médico francês considerado o fundador da Psiquiatria; Esquirol, discípulo de Pinel, defensor do uso do critério de avaliação do rendimento escolar para definir a idiotia; Itard, embora médico, interessado na educação dos considerados idiotas e incuráveis e Seguin, aluno de Esquirol e discípulo de Itard (Pessotti, 1984).

As mudanças ocorridas no século XIX estão relacionadas, dentre outros fatores, ao desenvolvimento da medicina e da filosofia humanista. O avanço da tecnologia médica e o aprimoramento dos instrumentos de diagnóstico, propiciaram maior investigação e compreensão dos fenômenos humanos, enquanto que as evoluções no atendimento, educação e tratamento, respondiam aos ideários da Revolução Francesa, os quais pregavam a todos, e não mais somente aos filhos da nobreza, o direito de desenvolver-se e ascender-se social e economicamente segundo suas próprias aptidões.

Uma concepção naturalista (considerações apenas dos aspectos biológicos) e fatalista (noção de irrecuperabilidade) da deficiência iniciada por Pinel e fortalecida por Esquirol, vai prevalecer durante décadas. Como ressalta Pessotti (1984, p. 80) "essa teoria unitária da deficiência mental durará no mínimo um século, no qual florescerão tipologias, quadros clínicos, polêmicas, cujo único ponto comum é a idéia da irreversibilidade da deficiência".

Somente no século XX, a partir dos esforços de Itard, Seguin e, mais tarde, Montessori, através de seus métodos pedagógicos é que a concepção de deficiência começa a se alterar, agora sendo também consideradas as influências ambientais no desenvolvimento dos indivíduos. A partir desse período (início do século XX) também a Pedagogia e a Psicologia ocupam papéis importantes na construção dessa nova conceituação, sendo destacável, nessa última, a substituição dos rótulos qualitativos (idiota, débil, imbecil) e dos quantitativos (Q.I.), por critérios de avaliação múltiplos, baseados em desempenhos observados nas mais variadas situações (Pessotti, 1984).

Após a Segunda Guerra Mundial a situação evolui positivamente, mais uma vez com o progresso do conhecimento médico e biológico ao lado da filosofia humanista, agora com orientação democrática. Um dos resultados da guerra foi o grande número de

pessoas vitimadas, o que exigiu uma nova forma de atendimento especializado, uma vez que o homem se depara com a necessidade de reabilitar os feridos nas batalhas. Novamente, conforme Canziani (1998), vários condicionantes sociais, políticos e econômicos levaram a uma transformação da atenção dispensada às pessoas portadoras de deficiência.

São diversos os trabalhos que apontam caminhos para a compreensão dos fenômenos relacionados à Educação Especial de forma a extrapolar qualquer visão positivista da deficiência, de delimitação apriorística, biologicista ou a-histórica. Trabalhos que levam em consideração além das características intrínsecas das deficiências, as determinações históricas, com seus aspectos estruturais e conjunturais. São exemplos Bueno (1993), Ferreira (1994), Amaral (1994 e 1995) e Mendes (1995).

#### Movimento de Integração/Inclusão

Constituindo-se a ciência como mais uma das atividades humanas e sendo o homem um ser histórico, esta não deixa de possuir determinações históricas. É assim que se pela análise das produções científicas do final do século passado e até por volta da metade deste, observamos a influência do modelo médico com uma visão reducionista (organicista e pragmática) dos portadores de deficiências, mais recentemente, temos claramente as influências de um movimento que vem ocorrendo no mundo nas últimas décadas, o qual aponta para a necessidade de garantia dos direitos humanos e civis de todos os homens, independentemente de suas deficiências.

Canziani (1998) em uma breve retrospectiva histórica apresenta os documentos que têm contribuído para a elaboração das Políticas e organização dos serviços na área da Educação Especial em vários países do mundo, dentre eles o Brasil. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) apresenta-se como guia para os novos documentos e normas internacionais que ainda vêm sendo construídas. A Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências especializadas como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS), foram as instâncias que mais

contribuíram para as mudanças nas concepções das deficiências.

Cada país, a partir dos princípios gerais traçados pelas organizações internacionais, tem se encarregado da elaboração de legislações específicas, normas e regulamentos que orientem a estruturação de serviços de acordo com sua realidade peculiar.

No Brasil, foi a partir da década de oitenta que tal movimento. baseado nos direitos humanos, passou a atingir os pesquisadores, profissionais e políticos de forma mais expressiva. Dentre os documentos mais importantes norteadores das práticas temos a Constituição Federal de 1988, Artigo 208, que prevê como dever do Estado "o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino". O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8069/1990), que traz no Capítulo IV - Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer, Artigo 54, "é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente" - Inciso III -"Atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino". A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei Federal nº 9394/1996) afirma no Título III - Do direito à Educação e do Dever de Educar, Artigo 4, "o dever do Estado com educação escolar pública será efetivamente mediante a garantia de" - Inciso III - "Atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades educativas especiais, preferencialmente na rede regular de ensino". De modo geral, todos esses documentos procuram oferecer às pessoas portadoras de deficiências as condições necessárias para o exercício pleno da cidadania. Porém, sabemos que as conquistas legislativas, em si, não garantem o pleno exercício da cidadania. Fazem-se necessárias intervenções do Poder Público e da Sociedade Civil.

Morejón (2001) ao estudar os autores que analisam as questões legais da Educação Especial no Brasil, apresenta alguns dos eventos internacionais que acabaram influenciando a formulações de leis em vários países, dentre eles o Brasil. São eles: Declaração de Cuenca (Equador, 1981), Declaração de Sunderberg (Espanha, 1981), Declaração Mundial de Educação para Todos (Tailândia, 1990), Seminário Regional sobre Políticas, Planejamentos e Organização da Educação Integrada para Alunos com Necessidades Especiais (Venezuela, 1992),

Declaração de Santiago (Chile, 1993), Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para com Pessoas Incapacitadas (Assembléia Geral das Nações Unidas, 1993), Declaração de Salamanca de Princípios, Política e Prática em Educação Especial (Espanha, 1994), XXIII Conferência Sanitária Panamericana (Washington, 1996).

Como podemos observar trata-se de um movimento que vem acontecendo em vários países do mundo a partir da década de 80 e que tem oferecido subsídios para as mudanças, mas como bem nos lembra Canziani (1998), isso apenas não é suficiente, cabe ao governo formular políticas e administrar estratégias que garantam a igualdade de oportunidades para todos e, à Sociedade Civil cabe o importante papel de mobilização dos agentes públicos e privados para efetivação de ações que mudem a condição dos portadores de deficiências.

Em uma análise global das mudanças na forma de compreender e se relacionar com os portadores de deficiência, notamos, principalmente após a segunda Guerra Mundial, a escolha de um caminho que aponta para a necessidade de valorização, respeito e reconhecimento de que tais pessoas possuem os mesmos direitos e deveres que quaisquer outros cidadãos.

Tal filosofia, conhecida como de "normalização" e definida como o oferecimento de condições e modelos de vida mais próximas possíveis aos disponíveis às outras pessoas de uma dada sociedade, ganha repercussão nos EUA na década de setenta, expandindo-se na década de oitenta para outros países do mundo como , por exemplo, Canadá e países desenvolvidos do continente europeu. Um outro princípio que norteou a prática da integração nos EUA foi o mainstreaming, termo normalmente usado sem tradução e que significa o movimento de aproximar os alunos das classes e escolas especiais o mais próximo possível do ensino regular. A década de oitenta marcou, portanto, a disseminação do princípio de normalização e das estratégias que visam a integração dos indivíduos portadores de deficiência (Mendes, 1994).

No desenrolar do processo, durante as décadas de oitenta e início da de noventa, estudos foram realizados com o objetivo de avaliar as estratégias de integração dos alunos portadores de deficiência na comunidade. Com as experiências acumuladas, várias críticas surgiram em relação a esse movimento, apontando que a prática da integração

social não era suficiente para acabar com a discriminação social nem para propiciar a verdadeira participação com igualdade de oportunidades.

Atualmente, uma das críticas mais acirradas à integração social é a de que através de suas práticas pouco ou nada exige-se da sociedade em termos de modificação de atitudes, de espaços físicos e de práticas sociais (Sassaki, 1997). Segundo as análises de Sassaki (1997), a prática da integração social ocorria e ainda ocorre de três maneiras: 1. pela inserção de pessoas portadoras de deficiência que conseguem circular e participar dos meios sociais por seus próprios méritos, sem nenhuma alteração por parte da sociedade; 2. pela inserção daqueles que precisam de alguma adaptação no espaço físico comum ou de alguma alteração nas atividades comuns, para então poderem participar dos grupos, e 3. pela inserção de portadores de deficiência em ambientes separados dentro dos sistemas gerais, o que não deixa de ser segregador.

Com o intuito de avançar em relação ao movimento de integração, inaugura-se, na América do Norte e em países europeus, no fim da década de oitenta o movimento conhecido como de *inclusão*.

Segundo Sassaki (1998), encontrâmo-nos em um período de transição de um paradigma para outro, sendo compreensível a utilização dos termos integração e inclusão com diversos sentidos por diferentes pessoas. Há pessoas que utilizam os dois termos como sinônimos, outras usam apenas a palavra integração, tanto com o sentido de integração como de inclusão etc.

Mas, em verdade, o que observamos é que existem posições diversas ao se definir ou compreender o conceito. Como por exemplo, para Sassaki (1997) e Mantoan (1997) *inclusão* significa uma inovação em relação as práticas anteriores, o inaugurar de uma nova fase em que exigir-se-á a participação da sociedade; nas palavras de Sassaki (1997, p. 41) trata-se do

"(...) processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as

pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos".

Já para Amaral (1998) e Carvalho (1997), trata-se de um único movimento em momentos diferentes, uma vez que ao se discutir integração e propor formas alternativas de atendimentos, já se levava em conta a necessidade de participação da sociedade e dos próprios portadores de deficiência. Para essas autoras *integração* e *inclusão* têm o mesmo arcabouço teórico e ideológico.

Segundo a própria definição da Política Nacional de Educação Especial (1994), integração "é um processo dinâmico de participação das pessoas num contexto relacional (...) A integração implica reciprocidade".

Carvalho (1997) chama a atenção para uso comum de um "mosaico terminológico" na área da Educação Especial. O alunado desta área, que era chamado de deficiente, passou, na década de setenta, a ser denominado "excepcional" para, a partir da década de noventa, se tornar "portador de deficiência". Sendo que, em relação ao último, já começam reconsiderações sobre o uso da terminologia, já que uma das idéias que o termo sugere é a de quem "porta alguma coisa" (podendo, em algum momento, se livrar do objeto portado). E em se tratando de deficiências, isso não é, geralmente, possível.

Por vezes, as mudanças de denominações contribuem para uma maior aceitação ou quebra de preconceitos por parte da sociedade para com os chamados portadores de deficiência. Porém, não garante, necessariamente, que tais pessoas venham a ter uma melhora na qualidade de suas vidas, nem igualdade de oportunidades sociais.

Em relação ao uso e definição do termo *inclusão* concordamos com Amaral (1998) e Carvalho (1997). Acreditamos que se trata de um movimento amplo, observado não só na área da educação, como na área da saúde, do trabalho, do lazer etc., e que vem se organizando para a criação de um mundo mais justo e democrático, com o reconhecimento e luta pela garantia dos diretos humanos de todas as pessoas, independente de cor, religião, nacionalidade, gênero, tipo de necessidade especial ou qualquer outro atributo pessoal.

Porém, se o uso de um térmo novo, no caso o de inclusão, vir

a se constituir em uma forma de chamar a atenção da comunidade civil e científica, dos governantes, dos profissionais e dos próprios portadores de deficiência, para a necessidade de uma nova postura (postura esta que tal como destaca Amaral (1998) se refere a uma *mudança de mentalidade*, o que implica na construção de uma sociedade solidária, capaz de conviver com a diferença, valorizar a diversidade humana e garantir a cidadania com qualidade de vida a todos) frente a questão da integração, que o novo termo seja incorporado.

Pelo que podemos compreender com base nas referências consultadas sobre o assunto, o movimento de inclusão apresenta-se de forma mais ampla do que até então vinha sendo considerado como concernente à área da Educação, abrangendo várias áreas da convivência humana, extrapolando a noção de integração escolar no ensino regular. O que vem ao encontro da definição de educação constante na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1996), a qual "abrange processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais".

Existe atualmente uma tendência entre os pesquisadores da área em caracterizar a Educação Especial em um âmbito mais abrangente, considerando as necessidades especiais de indivíduos, seja no campo de ação da educação formal como no da informal, que não se beneficiam com os serviços oferecidos nas instituições de ensino existentes. Enfim, propostas de trabalhos educativos que extrapolam a área e a clientela contemplada pela Política Nacional de Educação Especial, qual seja portadores de deficiências (mental, auditiva, visual, física e múltipla), portadores de condutas típicas e portadores de altas habilidades.

No entanto, esta é uma discussão complexa que envolve reconsiderações junto ao MEC, com outros pesquisadores com pensamentos divergentes, com outras áreas do conhecimento, e não faz parte dos nossos objetivos discuti-la de forma aprofundada aqui. Só procuramos atentar para a fato de que estamos entrando num terreno desconhecido, ainda carente de caminhos demarcados. Como questiona Skliar (1997, pp. 09 e 14)

"(...) em que sentido seria possível afirmar que, por exemplo, os surdos, os deficientes mentais, os cegos, etc., são sujeitos educativos especiais, diferentes de outros grupos também especiais, mas que não foram submetidos a essa cosmovisão e organização da educação? (...) A educação das crianças especiais é um problema educativo como é também o da educação de classes populares, a educação rural; a das crianças da rua, a dos presos, dos indígenas, dos analfabetos." Vale destacar que a Declaração de Salamanca (1994) amplia

o conceito de necessidades educacionais especiais, além de chamar a atenção para a necessidade de inclusão da educação especial dentro da estrutura da educação global; isso se deu devido a influência da Declaração Mundial de Educação para Todos, acontecida na Tailândia, em 1990, que teve como ponto central a defesa e oferecimento de escola para todos independentemente de características peculiares. De acordo com a declaração de Salamanca o conceito de necessidades educacionais especiais deve ser ampliado para incluir todas as crianças que não estejam conseguindo se beneficiar com a escola, seja por que motivo for.

Santos (2000) ao analisar o documento da Declaração de Salamanca e todo o contexto da educação inclusiva apresenta uma trajetória de pensamento interessante e relevante. Ela afirma que até há três décadas a clientela alvo da educação especial era a pessoa portadora de deficiência. O atendimento prestado a essa clientela era oferecido em certos serviços, em um determinado ambiente "especial", considerado mais adequado, o que acarretava a existência de dois sistemas paralelos de educação: o regular e o especial. Dado o processo de mudança dos últimos trinta anos (fortalecimento dos ideais democráticos e seus respectivos reflexos nas formulações de políticas nos vários setores sociais de vários países, no planejamento e implementação das respectivas práticas), a "especialidade" da educação especial passa a ser questionada. Verifica-se através de documentos e dados que a educação especial já não vinha apresentando resultados eficazes mesmo em suas atividades específicas e que o fracasso escolar dessa clientela específica era tão alarmante que o do ensino regular. Em função disso tanto a educação especial como a regular precisam ser

revistas.

De acordo com Santos (2000, p. 37), essa abrangência do conceito de "necessidades educacionais especiais" acarreta uma aproximação desses dois tipos de ensino, uma vez que "essa nova definição implica que, potencialmente, todos nós possuímos, podemos possuir temporária ou permanentemente, 'necessidades educacionais especiais". E se assim o for, finaliza a autora, não há o que justifique a existência de dois sistemas de ensino paralelos. O que não significa, tal como bem salienta o texto de Salamanca, acabar nem com um nem outro sistema, e sim unificá-los num sistema educacional único que parta do princípio de que todos os seres humanos tem o mesmos direitos, oferecendo-se condições para que esses direitos sejam garantidos.

Acreditamos que o próprio movimento de inclusão contribuirá para a ampliação dessa discussão. Sassaki (1997) fala de inclusão nas diversas áreas que compõem a vida humana como inclusão no mercado de trabalho, nos esportes, turismo, lazer e recreação, nas artes, cultura e religião, e, finalmente, inclusão escolar.

Tal como nos lembra Carvalho (1997, p. 21), um mundo inclusivo é aquele em que todas as pessoas tenham as mesmas oportunidades de ser e de estar na sociedade de forma participativa. A referida autora dá continuidade ao seu raciocínio afirmando que "o debate deve ser generalizado, para nele incluir e considerar todas as minorias (das quais os portadores de necessidades especiais fazem parte)".

Sob a mesma orientação Malbrán (1997, p. 12) destaca o importante papel assumido pelas organizações não governamentais no mundo inteiro, na ampliação dos "setores não tradicionalmente incluídos, como as mulheres, as crianças de rua, os portadores do vírus da AIDS, as pessoas idosas, os familiares e vítimas do mal de Alzheimer (...) Todas elas compartilham a defesa dos direitos e a melhoria na qualidade de vida".

Sem dúvida, estamos apenas no início de um longo processo que exigirá a participação e esforços de todos e que não se efetivará por decreto de legisladores. O trabalho aqui apresentado visa, dentre outros objetivos, contribuir para ampliação da discussão desta questão.

#### A SAÚDE MENTAL

A história da loucura apresenta várias semelhanças com a da educação especial. De modo geral observamos que tanto os portadores de deficiência como os de transtornos mentais, só foram receber algum tipo de atendimento especializado no século XIX, com o desenvolvimento das ciências e da filosofia humanista. De forma paralela, na primeira metade do século XX, enquanto os portadores de deficiência eram internados em escolas especiais e institutos, os portadores de transtornos mentais eram internados em asilos e manicômios. Até por volta da década de sessenta os cuidados oferecidos a essa população foram marcados pelo isolamento, estigma e exclusão. A seguir será apresentado o mesmo percurso para a área da saúde mental, uma breve retrospectiva histórica, seguida da apresentação das mudanças nas últimas décadas através do movimento de desinstitucionalização.

Em uma breve retrospectiva histórica, vemos na Antigüidade Clássica a loucura relacionada a possessões demoníacas, expressa de forma livre nos espaços públicos e os loucos, personagens comuns do cenário social. Na Idade Média era comum a associação loucura-feitiçaria, sendo constante sua representação nas artes (são exemplos Cervantes, Shakespeare, Boch etc.). A fala do louco ora era rejeitada ora exaltada como a verdade do mundo. Até este período (Renascimento) o confinamento e a exclusão eram uma exceção (Foucault, 1975).

Mudanças na concepção de homem, de mundo e do próprio conhecimento, são observadas na transição do feudalismo para o capitalismo. Com o Iluminismo, corrente de pensamento que abriu caminhos para a Revolução Francesa, temos o fim da transição entre feudalismo e capitalismo e o início da valorização da razão como a chave para a compreensão do mundo. Nesse meio, o significado da loucura vai se alterando e é na sua *Primeira Meditação* que Descartes, segundo a análise de Foucault (1993), exclui a loucura como uma forma de pensamento. Descartes (1987, p. 18) diz:

"E como poderia eu negar que estas mãos e este corpo sejam meus? A não ser, talvez, que eu me compare a esses insensatos, cujo cérebro está de tal modo perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bile que constantemente asseguram que são reis quando são muito pobres; que estão vestidos de ouro quando estão inteiramente nus; ou imaginam

ser cântaros ou ter um corpo de vidro."

Descartes rejeita a possibilidade de estar louco justamente porque é capaz de realizar um pensar racional, de forma clara e distinta, separando as falsas opiniões das verdadeiras.

Para Pessotti (1994), Descartes, com sua doutrina sobre os espíritos animais,<sup>4</sup> assume papel importante na progressiva dominação médica no campo de explicação da loucura. A fisiologia cartesiana tentará explicar a loucura como tendo causas físicas, ao contrário de toda a tradição demoníaca que lhe era atribuída anteriormente.

Nos discursos científicos e filosóficos aparecem a importância e a força conferidas à razão como meio de explicar os fenômenos naturais, sociais e até mesmo as crenças religiosas. Observamos, na passagem do século XVIII para o século XIX, a transposição da loucura do campo tradicional, marcado pelos valores do sagrado e sobrenatural, para o campo do moderno, da ciência e da medicina, que imprime-lhe um novo olhar.

Este novo lugar da loucura está essencialmente articulado com o surgimento da sociedade industrial. A partir de então, todos aqueles que não podiam contribuir no intenso movimento de produção, comércio e consumo, passaram a ser ostensivamente excluídos e marginalizados. É assim que, com a urbanização e o processo de industrialização das cidades, a população desviante (os miseráveis, os órfãos, os aleijados, os velhos e os loucos) passa a perturbar a imagem ideal de sociedade burguesa. Para o fim de abrigar os incapazes são criadas ou reformadas instituições de mesmo caráter como, por exemplo, as de Bicêtre e La Salpêtrière, na França (Silva Filho, 1990).

A publicação do "Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale", por Philippe Pinel, em 1801, e sua nomeação para a direção do Hospital La Bicêtre, em Paris, marcam o estabelecimento de um novo campo de conhecimento e concepção acerca da loucura. Essa data

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Partículas do sangue, as mais sutis, as únicas capazes de atravessar as cavidades do cérebro, que ao serem transportadas para os nervos provocam as alterações de comportamento e pensamento, comuns no estado de loucura.

consagra o surgimento da psiquiatria e o início da configuração da loucura enquanto doença mental (Pessotti, 1994), demandando, portanto, cuidados mais humanos a serem oferecidos nos asilos e manicômios.

Pinel, entre outros, foi o protagonista de uma reforma que pela primeira vez separará os loucos dos outros desviantes a fim de receberem atendimento psiquiátrico sistematizado. Assim, tem-se início o tratamento moral que pode ser, grosso modo, definido como sendo a utilização da disciplina no cotidiano dos internos com o objetivo de se alcançar a cúra, ficando todos os aspectos da instituição asilar orientados para esse fim. Quanto a essa psiquiatria Birman (1978, p. 37) afirma que:

"(...) como normatizadora dos afetos, se apresenta como uma vontade poderosa para se impor ao mundo passional da alienação mental. O espaço da cura, o asilo, deveria ser disposto de tal forma, como um espaço externo ordenado e disciplinado, a fim de impor ordem no espaço interno dos alienados."

Segundo Birman (1978), a Psiquiatria era então caracterizada por três modos de tratamento: o físico, o higiênico e o moral. No físico, a atuação era diretamente sobre o corpo do paciente, cujos meios podiam ser medicamentosos ou não. A ação entretanto, era sempre diretamente sobre o corpo. São exemplos: sangrias, purgativos, banhos, inalação de odores etc. O higiênico, correspondia a organização espacial apropriada, vestimentas, formas de alimentação, exercícios etc. O moral dizia respeito às medidas morais que atuassem sobre o espírito do alienado, sobre sua produção mental.

Porém, sustentando os três modos, estava o tratamento moral. Este era o núcleo para a cura dos alienados, o responsável pela regulação das paixões e da inteligência; pela transformação dos indivíduos esquisitos e descontrolados em sujeitos "marcados pela sociabilidade e atravessados pela ordem" (Birman, 1978, p. 343). Tal objetivo podia, pois, ser atingido direta ou indiretamente (pelo corpo ou disposição física).

A intensificação do processo de urbanização e industrialização das cidades e o consequente agravamento das condições de moradia e trabalho, a migração da população do meio rural para o urbano, a própria dificuldade de adaptação à nova forma de vida, levou a um inchaço das cidades e a um maior número de pessoas soltas pelas ruas.

Tal fato concorreu para a necessidade de remoção da comunidade dos perturbadores da ordem, o que acarretou um aumento considerável no número das internações, levando a um decréscimo na eficiência do tratamento. O humanismo iniciado por Pinel e caracterizado pela necessidade de assistência próxima e individual ao paciente, vigilância contínua, oferecimento de boas condições de higiene etc., foi sendo substituído pelo tratamento em grande número. Cabe lembrar que as estruturas e os modos de funcionamento das instituições psiquiátricas asilares estavam relacionadas com o projeto moral, ético e político do começo da sociedade moderna, que tinha em sua essência um forte caráter disciplinar e a preocupação da manutenção da mão de obra assalariada.

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia também impulsionou mudanças. Como afirma Resende (1990, p. 28) "o progresso da bacteriologia e da anatomia patológica trouxe consigo a introdução do microscópico nas instituições psiquiátricas e a então prestigiosa neurologia questionava as bases pouco científicas do tratamento moral".

No final do século XIX, com o avanço da tecnologia médica, foram inventados instrumentos de diagnóstico mais precisos. A psiquiatria, no caldo histórico do fortalecimento da ciência (engrossado por Darwin, Mendel, Pasteur — os principais responsáveis pelo desenvolvimento científico na área biológica), se comprometeu com o modelo biomédico no tratamento das doenças mentais. Segundo Capra (1982) o modelo biomédico pode ser entendido como sendo o pensamento médico resultante da influência do paradigma cartesiano aplicado ao estudo do corpo, sendo este pensado como uma máquina que pode ser analisada pelo estudo de suas peças.

O século XX é marcado pelas grandes descobertas farmacológicas. O advento dos neurolépticos vem reforçar a hipótese biológica da causa da doença mental, assim como concretizar e fortalecer a psiquiatria enquanto ciência. Por outro lado, o uso de tais medicamentos contribuiu para o enclausuramento do corpo e da subjetividade do louco. Sem dúvida, os neurolépticos trouxeram, também, uma importante transformação na assistência aos doentes mentais, proporcionando um maior controle dos sintomas, a possibilidade de diminuição do tempo de internação, o atendimento em ambulatórios etc. (o próprio movimento de

desinstitucionalização foi fortemente impulsionado por tais descobertas). Porém, estava presente o risco da substituição dos tratamentos anteriores, com suas técnicas de coerção externa, pelo sutil controle dos agentes farmacológicos (a conhecida contenção química).

Até as primeiras décadas do século XX observa-se a existência de instituições psiquiátricas fechadas, com valorização dos remédios para a eliminação dos sintomas, a organização do processo de trabalho e do espaço físico com o fim de facilitar o controle e disciplina dos internos, além do bom andamento burocrático e administrativo das atividades etc., características próximas à definição de Goffman (1974, p.11) sobre instituição total "(...) um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada".

Mudanças nos valores sociais, políticos e econômicos pós Segunda Guerra Mundial levam a um questionamento do modelo psiquiátrico asilar, pautado em práticas de segregação e exclusão, baseadas em relações de poder.

Nesse momento, a psicanálise que durante décadas esteve à margem da psiquiatria, ganha espaço ao considerar em suas explicações sobre o inconsciente e a loucura, além do corpo concreto e anatômico, um corpo como representação das manifestações sintomáticas (Birman, 1978). O sintoma é expressão de uma linguagem, uma reação, transmissão de que algo não está bem, sendo os esforços voltados para a sua compreensão. Outras correntes (Antipsiquiatria, Psiquiatria Dinâmica, Psiquiatria Democrática) ajudaram no questionamento da concepção do fator orgânico como causa da doença mental. A partir de então, com base na psicanálise e nas produções teóricas que surgiram a partir dela, passou-se a atentar para as várias instâncias que compõem o psiquismo humano (pulsional, biológica, social, relação com o ambiente etc.) (Barretto, 1996).

Conforme Bezerra (1994), os estudos de vários autores, como Cooper (1967), Goffman (1974), Basaglia (1985), Szasz (1978 e 1980), Laing (1981 e 1982), Foucault (1975, 1993) e Guatarri (1981) ganham repercussão mundial nessa época. Apesar das diferenças entre suas idéias, todos criticavam a medicalização da loucura e a psiquiatrização

do sofrimento, bem como o modo de funcionamento das instituições e as implicações de suas formas de tratamento sobre a vida dos internos. Procuravam em suas análises, levar em consideração a história, a cultura e a sociedade, o que a psiquiatria não conseguia, ficando presa a explicações biológicas.

Têm início as críticas à ideologia hospitalocêntrica com movimentos apontando para a necessidade de mudanças na terapêutica e nas políticas de Saúde Mental. Neste contexto aparece uma rica contestação, em diferentes instituições, às práticas psiquiátricas tradicionais caracterizadas pelo confinamento, exclusão, opressão e violação dos direitos. Um movimento de reforma psiquiátrica que põe em discussão a loucura em seus aspectos psíquicos, sociais e políticos.

Tanto na Europa como na América do Norte inicia-se o movimento conhecido como desinstitucionalização, que vem resultando no desenvolvimento de formas alternativas de atendimento e assistência em Saúde Mental. Porém, o termo assumiu características diferentes nos vários lugares em que as experiências foram realizadas, isso de acordo com as políticas públicas estabelecidas. É assim que observamos a Psiquiatria Democrática na Itália, a Análise Institucional na França e a Antipsiquiatria na Inglaterra. Nos Estados Unidos, por exemplo, encaminhou-se a desospitalização dos doentes como uma forma de reduzir custos.

No próximo tópico será apresentado de forma sucinta o movimento de desinstitucionalização no Brasil, com demarcações de seu aparto legal.

## Movimento de Desinstitucionalização

O movimento de *desinstitucionalização* é normalmente caracterizado pelo oferecimento de cuidado e atenção ao doente mental e à sua família em serviços na comunidade local, dispensando, portanto, internações prolongadas nos denominados asilos e manicômios. No Brasil este novo modelo em saúde mental passou a ser implementado de forma mais sistematizada e com apoio de governos no final da década de 80.

Os anos 80 são representantes dos esforços da sociedade brasileira como um todo para a criação de um Estado democrático, após

mais de duas décadas de ditadura. Os movimentos pela anistia dos presos políticos, pelas eleições diretas e imediatas, as greves por melhores salários e condições de trabalho, o fortalecimento do Partido des Trabalhadores, a criação da Central Única dos Trabalhadores e o fortalecimento dos sindicatos trabalhistas, são exemplos em macro nível político do desenho que veio sendo traçado a partir deste período. No micronível temos as associações de moradores, os movimentos populares de bairro reivindicando direitos básicos de cidadania (Luz, 1994).

Tais movimentos sociais contribuíram para a tomada de consciência por parte de parcelas significativas da sociedade, do papel da saúde em suas vidas e do financiamento do serviço, apresentado sob péssimas condições, a partir do dinheiro descontado nas suas próprias folhas de pagamento. A saúde passa então a ser vista como um direito de todos e um dever do Estado. É assim que, na Constituição de 1988, observamos a tentativa de estabelecimento de novas diretrizes para o Sistema de Saúde, em que a saúde passa a constar textualmente como "um direito de todos e um dever do Estado".

Desde 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se organizar os serviços de atenção à Saúde, incluindo aqui a Saúde Mental, tomando como parâmetro os seus princípios e diretrizes.

Se por um lado, pôde significar ganhos a abertura política do país e a criação do SUS na década de oitenta, por outro, assistimos a uma crise econômica prolongada, concomitante à crise fiscal e organizativa do Estado, que têm prejudicado o investimento deste em políticas sociais. Na área da saúde, esta crise se expressa pela forma como os serviços são organizados (estrutura gerencial hierarquizada, centralizada, burocrática e com baixo nível de cobertura); tal estrutura dificulta a adequação dos serviços às necessidades da clientela e a sua participação na organização dos mesmos. Como também, pelo crescente sucateamento da infra-estrutura e deterioração dos recursos humanos, condições de trabalho e salário dos profissionais (Vasconcelos, 1992).

Para a Saúde Mental temos, atualmente, um modelo de atenção voltado e identificado com os princípios e diretrizes de alguns documentos oficiais, nos quais se destaca a necessidade de

reestruturação da assistência psiquiátrica, o que implica em um processo de desinstitucionalização e garantia dos direitos humanos e civis dos usuários.

As mudanças conseguidas são o resultado de um longo processo de democratização inicialmente formado pela diversas conferências estaduais e municipais de saúde que culminaram em organizações mais amplas com a participação de profissionais, representantes políticos, familiares e usuários.

Segundo Cardoso (1999), no Brasil, na década de 70 e no início dos anos 80 já se enunciava uma reforma do modelo de assistência psiquiátrica pública, com diretrizes políticas e administrativas muito próximas das atuais. Para a referida autora, as conquistas democráticas e a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS), são desdobramentos ou conseqüências desses programas anteriores. Não há dúvida que a abertura política do país favoreceu os serviços psiquiátricos a possibilidade de se estruturarem de forma diferenciada, com mecanismos de descentralização e co-gestão em sua organização. Tendência que foi reforçada com a criação do SUS, aprovado na Constituição de 1988 (Vasconcelos, 1995).

Dentre os documentos que orientam a reforma psiquiátrica destaca-se, na América Latina, a Conferência Regional para a Restruturação da Atenção Psiquiátrica (OPAS, OMS, 1990), realizada em Caracas, Venezuela, em 1990, a qual se constitui como guia para a implementação da reforma psiquiátrica no continente, preconizando a superação do manicômio, o atendimento na comunidade e a defesa dos direitos humanos e civis dos usuários.

No Brasil, como exemplo do início do processo de mudança, ainda na década de 70, há a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, no final do anos 70, mais tarde transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, atuante até hoje nesse processo<sup>5</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Para maiores esclarecimentos, consultar Amarante (1995), que traça a história da reforma psiquiátrica brasileira, mostrando pontualmente a importância e a repercussão de alguns acontecimentos sociais na área.

Em 1991, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde inicia um processo de reestruturação da assistência em saúde mental, implementado uma rede de assistência extra-hospitalar, ainda embrionária (Schechtman, Alves, Silva, 1996). Em 1992, realiza-se a Il Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual oferece subsídios para a reorientação mais ampla do processo de reestruturação da assistência em saúde mental. Segundo os autores citados "esta conferência foi, sem dúvida, um marco na história da psiquiatria brasileira, e assinalou um novo espaço para a saúde mental no conjunto das políticas públicas" (Schechtman, Alves, Silva, 1996, p. 128).

É também desse período o Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com a substituição de manicômios por outras modalidades assistenciais. Tal projeto possibilitou muitas discussões sobre a loucura e estimulou a elaboração de projetos de lei complementares em vários estados e municípios. Muito recentemente, no dia 27 de março de 2001, foi aprovada a redação final deste projeto de lei (PL nº 3.567-D/89).

Paralelamente às formulações de normas e diretrizes em âmbito geral, diversas organizações de familiares e de usuários dos serviços de saúde mental são constituídas, as quais vêm assumir papel relevante na salvaguarda dos direitos humanos e da cidadania. Além disso, vêm-se organizando várias atividades culturais, artísticas e científicas nas principais cidades brasileiras a fim de sensibilizar e envolver novos atores sociais na questão, dentre eles profissionais, políticos, familiares, voluntários e usuários.

A aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde — órgão deliberativo do Ministério da Saúde —, em 1995, do Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), significa mais um passo em direção a uma política de suporte social aos portadores de transtornos mentais. O programa objetiva oferecer um auxílio econômico àqueles internados há mais de cinco anos, que perderam seus vínculos sociais ou cuja família não dispõe de recursos financeiros necessários para sustentar a alta hospitalar do paciente. A implementação de tal projeto em larga escala poderá acelerar o processo de desinstitucionalização (Fagundes, 1998).

Há, também, no plano legislativo, a Portaria SM 224 (Brasil,

1992), expedida pelo Ministério da Saúde, que orienta a criação e funcionamento, ao lançar normas e diretrizes para o atendimento ambulatorial, núcleos/centros de atenção psicossocial e atendimento hospitalar, o qual inclui Hospital-dia, serviço de urgência psiquiátrica em Hospital-geral, leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-geral e Hospital especializado em psiquiatria. O citado documento traz desde as atividades a serem desenvolvidas por cada tipo de serviço, a equipe de profissionais necessária, até referências para estrutura física.

Mais recentemente, também foi lançado pelo Ministério da Saúde, a Portaria 106 (Brasil, 2000), que regulamenta a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS. O Art. 2º traz:

"Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao pacientes e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental".

A regulamentação desses serviços, que são os equipamentos extra-hospitalares conhecidos como pensões protegidas e lares abrigados, ajudará na reabilitação psicossocial de boa parte dos 450 mil pacientes internados por transtorno mental em 1989. Muitos desses pacientes se tornaram residentes dos hospitais psiquiátricos, tendo os mesmos perdido seus vínculos familiares e sociais. De acordo com a Portaria 106 deve-se entender por Serviços Residenciais Terapêuticos "moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social".

Entretanto, a existência de tais princípios e diretrizes para a Saúde Mental não garante a ocorrência de mudanças concretas. Como já apresentado anteriormente, além dos problemas relacionados à crise política e financeira do Estado, temos o agravante, como salienta Resende (1990), da incongruência entre os discursos e as ações nas políticas para a área, em grande parte devido ao conflito de interesses dos diversos grupos políticos hegemônicos, concorrentes entre si.

Neste aspecto, as políticas de Saúde Mental que visam uma sociedade democrática, com a defesa dos direitos dos loucos enquanto cidadãos, precisam significar mais que formulações de leis e políticas em nível federal, estadual ou municipal que proponham a liberdade e a igualdade. Precisam significar uma mudança na concepção de saúde e doença, razão e loucura de tal forma que atinja a sociedade como um todo. Como diz Castoriadis (1987, apud Bezerra, 1992, p. 122):

"(...) não se trata de uma liberdade interior, mas de liberdade efetiva, social, concreta: a saber, num primeiro aspecto, do espaço de movimento e de atividade o mais amplo possível assegurado ao indivíduo pela instituição da sociedade (...) a igualdade da participação efetiva, como fim a atingir não deve permanecer como regra puramente formal; deve ser assegurada, tanto quanto possível, por instituições efetivas."

E isso parece ser possível através da concretização de novas práticas assistenciais pelas equipes de trabalho que estão em contato direto com os usuários, práticas estas que fujam do modelo tradicional instituído.

Também não basta o trabalho realizado pelos profissionais da Saúde Mental. Faz-se necessário o envolvimento e compromisso ético e político de toda a sociedade na invenção de novas formas de cuidado, atenção e acolhimento do louco no meio social urbano com sua singularidade, diferenças e idiossincrasias. Guattari (1981) ressalta o caminho seguido pela humanidade no que diz respeito à sua relação de exploração e deterioração do meio ambiente, degeneração das solidariedades sociais e dos modos psíquicos de vida: é o que ele chama de três ecologias. Aponta que só conseguiremos melhora na qualidade de vida com uma mutação das mentalidades, com a criação de uma nova arte de viver em sociedade, e isso se dá através das práticas sociais

nas quais se arrisca na criação do novo e na construção permanente da subjetividade pelos sujeitos em ação. São as chamadas "revoluções moleculares".

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É oportuno atentar para o fato de que o Brasil é um país com história curta na busca da democracia, e só através de práticas inovadoras consequiremos mudanças efetivas. Essas novas propostas para as áreas da Saúde Mental e Educação Especial, essa nova forma de abordar os portadores de transtorno mental ou de deficiência, na qual se valoriza a humanização do serviço, o vínculo e a responsabilidade, a atenção centrada nas necessidades dos usuários, é recente. Temos história, acúmulo de experiência e aprendizagem nos modelos de enclausuramento e tutela, com a loucura e a deficiência sendo vistas como erro ou falha da razão, da natureza, dos pais ou do próprio indivíduo. Tomamos os outros países como exemplo mas, na verdade, só vamos aprender com a prática pautada na nossa realidade, com os recursos e pessoal que nos são disponíveis e com nossa capacidade de organização, adaptação e resistência frente a tantas dificuldades sendo, talvez, as principais delas a má administração e a falta de recursos financeiros.

Esse é um grande desafio que está vinculado a outras inúmeras questões não menos complexas, tais como, democracia, residência, trabalho, participação social, cidadania etc. A situação complexifica-se ainda mais ao atentarmos para o fato de que se trata de uma clientela diferenciada, que por mais de dois séculos foi considerada valorativamente menor.

Segundo nossa opinião, os dois processos que vêm ocorrendo na área da Educação Especial (Movimento de Integração/Inclusão) e na área da Saúde Mental (Movimento de Desinstitucionalização), partilham dos mesmos princípios e diretrizes, com aparatos legais e orientações específicas, mas com buscas de objetivos comuns: garantia dos direitos, respeitos às diferenças, oferecimento equitativo de oportunidades de ser e estar de forma participativa na sociedade etc.

Enfim, cremos serem fundamentais a presença de valores

éticos na produção de novas práticas sociais, na construção de novos vocabulários e valores que reconheçam e cuidem do indivíduo e não da loucura ou da deficiência, preservando e estimulando a expressão de sua subjetividade e de seu potencial, sem afastá-lo do convívio e participação social. Conforme Basaglia (1982), uma aproximação pautada na cumplicidade e reciprocidade; na mudança das relações de poder objetivando a criação de um espaço no qual o louco, e aqui acrescentamos, o portador de deficiência, tenham direito igual aos demais.

# PROCESS OF INTEGRATION/INCLUSION IN THE SPECIAL EDUCATION AND PROCESS OF DEINSTITUTIONALIZATION IN MENTAL HEALTH: LEGAL FEATURES THE SOCIAL IMPLICATIONS

Abstract: In the last decades, significant changes have been happening in the theoretical, practical, political and social fields in the areas of Special Education and Mental Health. According to new rules and guidelines plans presented in official documents, specially through Integration/Inclusion Movement in the Special Education and through the Deinstitutionalization Movement in Mental Health, there is an effort to grant individuals with deficiencies and mental upset, more conditions for the conquest and the exercise of their right to citizenship. This paper presents a brief historical retrospective of these two knowledge areas, pointing out their legal features wich, in any way, contributes to these changes, examining the social implications of the mentioned movements. Finally, the analysis focuses on possible relations between both movements.

**Key-Words**: special education, integration/inclusion, mental health, deinstitutionalization.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, L. A. Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules). São Paulo: Robes Editorial, 1995.

\_\_\_\_\_. Incluir para quê? *Temas Sobre Desenvolvimento*. 7 (39): 52-55, 1998.

\_. *Pensar a diferença/deficiência*. Brasília: CORDE, 1994.

AMARANTE, P. (Org.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

BARRETTO, K. D. Acompanhamento Terapêutico: uma clínica do cotidiano. (mímeo), 1996.

BASAGLIA, F. Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Trad. Sônia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BEZERRA JR., B. De médico, de louco e todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. (Orgs.) Saúde e sociedade no Brasil – anos 80. Rio de Janeiro: ABRASCO, Relumé-Dumará, 1994.

BEZERRA, B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA, B., AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma Psiquiátrica* (p.113-126). Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL. *A Constituição do Brasil* – Assembléia Nacional Constituinte, 1988.

\_\_\_\_. MEC. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação*. Brasília, 1996. \_\_\_\_. MEC. *Política Nacional de Educação Especial*, Brasília, 1994.

. Ministério da Saúde e Ministério da Criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (Secretaria de Políticas de Saúde).

Por uma política de saúde mental. Brasília, Agosto de 1999.

\_\_\_\_. *Portaria nº 106*, de 11 de Fevereiro de 2000.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 224*, de 29 de Janeiro de 1992.

\_\_. *Projeto de Lei nº 3.567D*, de 27 de Março de 2001.

BUENO, J. G. S. Educação Especial brasileira: integração/segregação do aluno diferente. São Paulo: EDUC, 1993.

CÁNZIANI, M. L. O atendimento no município à pessoa portadora de deficiência. *Temas Sobre Desenvolvimento*. 7 (39): 42-45, 1998. CAPRA, F. *O ponto de mutação*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, M. *Médicos e clientela:* da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: EduFCar, 1999.

profissionais. *Integração*. 5 (19): 9-15, 1997.

CARVALHO, R. E. Integração, Inclusão e Modalidades da Educação Especial – Mitos e Fatos. *Integração*. 7 (18): 19-25, 1997.

PDESCARTES, R. Os pensadores. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. FAGUNDES, P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica – algumas questões cruciais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47 (4): 163-168, 1998.

FERREIRA, J.R. *A exclusão da diferença*: a educação do portador de deficiência. 2. ed. Piracicaba: Unimep, 1994.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Leite, D. M. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUATTARI, F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. (Orgs) Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. MALBRÁN, M. C. Modelos comunitários e deficiência. Desafio para os

MANTOAN, M. T. E. A inclusão de deficientes mentais: contribuições para o debate. *Integração*. 7 (10): 50-57, 1997.

MENDES, E. G. Deficiência Mental: a construção científica de um conceito e a realidade educacional. Tese de Doutorado. USP/SP, 1995. MENDES, E. G. Reflexões sobre a experiência de Santa Catarina. Integração. 5 (12): 5- 16, 1994.

MOREJÓN, K. *A inclusão escola em Santa Maria*: um retrato do processo na voz de alunos com deficiência mental, de seus pais e de seus professores. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação de Educação Especial, UFSCar, 2001.

OPAS, OMS. Conferência Regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina. Caracas/Venezuela, 1990.

PESSOTTI, I. Deficiência mențal: da superstição à ciência. São Paulo:

EDUSP, 1981.

\_. *A loucura e as épocas.* Rio de Janeiro: 34, 1994.

\_\_\_\_\_. Sobre a gênese e evolução histórica do conceito de deficiência mental. *Revista Brasileira de Deficiência Mental*. 16 (1): 57-69, jan./jun, 1981.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil. Em: S. A. C. Tundis e N. R. Costa *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp.15-75). 2. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1990.

SANTOS, M. P. Educação inclusiva e a declaração de Salamanca: conseqüências ao sistema educacional brasileiro. *Integração*. Ano 10, n. 22, 2000.

SASSAKI, R. K. *Construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

\_\_\_\_\_. Integração e inclusão: do que estamos falando? *Temas Sobre Desenvolvimento*. 7 (39): 45-47, 1998

SCHECHTMAN, A., ALVES, S. N. A., SILVA, R. C. Política de saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 45 (3): 127-128, 1996.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. Em: S. A. C. Tundis e N. R. Costa *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp.75-102). 2. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1990. SKLIAR, C. (Org.) *Educação-Exclusão: Abordagem Sócio-antropológica em Educação Especial.* Porto Alegre: Mediação, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias em pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44 (4): 189-197,1995.

\_\_\_\_\_. Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no sistema de saúde recente. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 41 (6): 283-286, 1992.