

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS-CCJS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

KAMILLA GOMES MEDEIROS

**EDUCAÇÃO INCLUSIVA PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNOS
MENTAIS EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA DE EDUCAÇÃO DA
CIDADE DE SOUSA-PB**

Sousa-PB
2018

KAMILLA GOMES MEDEIROS

**EDUCAÇÃO INCLUSIVA PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS
EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA DE EDUCAÇÃO
DA CIDADE DE SOUSA-PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação da Professora Dr.^a Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira

Sousa-PB
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

M488e Medeiros, Kamilla Gomes.
 Educação inclusiva para crianças com transtorno mentais em
 escolas da rede pública de educação da cidade de Sousa - PB. /
 Kamilla Gomes Medeiros - Sousa: [s.n], 2018.

 79 fl.

 Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) –
 Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

 Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helmara Giccelli Formiga Wanderley
 Junqueira.

 1. Saúde Mental. 2. Patologias Psicológicas. 3. Educação
 Inclusiva. 4. Luta Antimanicomial I. Título.

KAMILLA GOMES MEDEIROS

**EDUCAÇÃO INCLUSIVA PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS
EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA DE EDUCAÇÃO
DA CIDADE DE SOUSA-PB**

Data da defesa: 12/03/2018

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira
Orientadora

Assistente Social. Ms. Marianna Andrade Tomaz
Examinador

Prof.^a Ms. Juliana e Silva de Oliveira
Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me presenteou com a vida e se faz presente todos os dias nas minhas ações, em meus pensamentos e me deu força na longa e árida caminhada da graduação.

A minha família, no que tange pais, avós, tios, primos, que sempre deixaram transparecer seu orgulho, me auxiliando e mostrando o quanto é importante o afago familiar, estando comemorando comigo nos momentos de vitória e do meu lado nos momentos que a caminhada não se mostra embaraçosa.

Agradeço em especial a minha mãe Ana Lucia, que com todo seu afeto enxugou minhas lágrimas e acreditou em mim quando eu cogitei desistir, por não me achar capaz. Que me deu a vida e lições que colaboraram na minha formação como ser humano, juntamente da minha avó Francisca, ambas são para mim espelhos de luta e fé, mostrando-me concomitantemente a mulher em sua figura dicotômica, tendo em vista que é forte ao protege com vigor seus filhos, mas sabe ser colo na hora que a vida mostra seus óbices.

Ao meu namorado Rogerio, por se fazer presente durante todo o árduo período da graduação, sempre mostrando o quão forte eu poderia ser para ultrapassar as barreiras impostas pela mesma, torcendo sempre pela minha ascensão, sempre com muito amor e carinho.

As minhas bases: Camila, Kamila, Rayane, Ihane, Iohany, Segislane e Laelma. Sem elas o período de graduação não teria sido o mesmo, diante das complexidades gestadas pelas pilhas de trabalhos, provas e livros elas foram meu norte, tornando o ambiente fatigante e moroso estabelecido na UFCG, mais leve, minimizando o desgaste em todas as situações e sendo minhas parceiras para além dos muros da universidade. Hoje são amigas que levarei para a vida.

Ao meu campo de estagio, que me provocou diversas inquietações tornando-se indubitavelmente importante para minha construção profissional. Aos que fizeram parte dele, meus colegas de estágio e os demais profissionais do Restaurante Universitário e do núcleo da assistência estudantil da UFCG-Campus Sousa, em especial minha orientadora Marianna, que com todo

brilhantismo no seu fazer profissional dedicou uma parte de seu tempo para ensinar-me um pouco do que já sabia.

Agradeço imensamente a orientadora desse trabalho, a Professora Helmara. Por toda sua paciência, mesmo em momento que protagoniza lutas pessoais, nunca cogitou abandonar a construção desse trabalho, pelo exemplo de excelência, ética e dedicação que dá dentro da UFCG todos os dias.

Aos profissionais da educação da cidade de Sousa-PB, que cederam gentilmente seu tempo e suas considerações acerca do conflituoso tema.

A todos que fazem a UFCG, todos se apresentam com papel importante nesse período tão desgastante. Ao corpo docente por todo conhecimento repassado, dedicação em todo o período laborioso da graduação ministrando aulas afim de construir futuros Assistente Sociais capazes de responder com excelência as demandas que lhes forem expostas.

Agradeço a todos que se fizeram partícipes, desde a minha inserção na graduação até esse período de conclusão.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, minha força maior.

Aos meus pais, familiares e amigos que se mantiveram sempre me dando força e renovando minhas esperanças na caminhada acadêmica.

RESUMO

Este trabalho visa percorrer acerca das imposições da inserção de crianças com patologias psicológicas nas escolas públicas regulares da cidade de Sousa no estado da Paraíba. Buscou-se analisar criticamente o cumprimento da plena educação analisando a efetivação das políticas nacionais de inclusão educacional de crianças portadoras de transtornos mentais, em consonância com a Lei 10.216/2001 e de acordo com as recomendações contidas na Declaração de Salamanca, de 1994. Diante do objetivo posto a pesquisa foi aplicada por meio de entrevistas com roteiros semiestruturados, correspondendo a uma pesquisa de campo qualitativa de caráter exploratório, e as respostas analisadas mediante a vertente marxista crítica dialética. As entrevistas foram realizadas em escolas da cidade de Sousa-PB, e Secretaria da Educação, voltada para profissionais com formação em pedagogia e psicologia. O trabalho é focalizado em analisar o compromisso do Estado com a educação inclusiva que por diversas vezes não oportuniza capacitação aos docentes, e os desafios enfrentados pelos profissionais que acabam reforçando o discurso de desresponsabilização estatal levados pela ideia de que o que já foi desenvolvido já resolveu o problema da inserção adequada destas crianças, analisou-se de forma crítica a inserção destas crianças, que por muitas vezes pela falta comprometimento por parte de sua família, de aparato de outros órgãos que lhes viabilize um tratamento acordado com a escola encontra muitas dificuldades no seu caminho, mas que a entre lutas e entraves há avanços na educação inclusiva da cidade de Sousa-PB. Na construção do mesmo foram utilizados leituras de grandes estudiosos da saúde mental como: Paulo Amarante, Franco Basaglia, Sandra Caponi, Isaias Pessoti, entre outros autores.

PALAVRAS CHAVES: Saúde Mental, Patologias Psicológicas, Educação Inclusiva, Luta Antimanicomial

ABSTRACT

This work aims to go closer to the impositions of the insertion of children with psychological pathologies in the regular public schools of the city of Sousa in the state of Paraíba. The aim was to critically analyze the fulfillment of full education by analyzing the effectiveness of national policies for the educational inclusion of children with mental disorders, in accordance with Law 10.216 / 2001 and in accordance with the recommendations contained in the Declaration of Salamanca, 1994. of the research objective was applied through interviews with semistructured scripts, corresponding to a qualitative field research of an exploratory nature, and the answers analyzed through the dialectical critique of Marxism. The interviews were carried out in schools of the city of Sousa-PB, and Secretary of Education, aimed at professionals with training in pedagogy and psychology. The work is focused on analyzing the state's commitment to inclusive education, which on several occasions does not provide training for teachers, and the challenges faced by professionals who end up reinforcing the discourse of state responsibility given the idea that what has already been developed has already solved the problem of the adequate insertion of these children, a critical analysis was made of the insertion of these children, who often because of the lack of commitment on the part of their family, of the apparatus of other organs that allows them a treatment agreed with the school, finds many difficulties in the their path, but that between struggles and obstacles there are advances in the inclusive education of the city of Sousa-PB.

KEY WORDS: Mental Health, Psychological Pathologies, Inclusive Education, Antimanicomial Struggle

LISTA DE SIGLAS

- AEE-** Atendimento a Educacional Especializada
- BPC-** Benefício de Prestação Continuada
- CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad-** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPSi-** Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
- CNE-** Conselho Nacional da Educação
- CNS-** Conselho Nacional da Saúde
- DI-** Deficiência Intelectual
- DL-** Decreto de Lei
- EJA-** Educação de Jovens e Adultos
- LDB-** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- PNAIC-** Pacto Nacional pela Educação na Idade Certa
- PSF-** Programa Saúde da Família
- SUS-** Sistema Único de Saúde
- TA-** Tecnologia Assistida
- TO-** Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

SUMÁRIO	10
INTRODUÇÃO	11
1.CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL E PRESSUPOSTOS DO TRATAMENTO ASILAR	14
1.1 A Saúde Mental na Cruzada Eugênica Brasileira.....	21
1.2 Princípios da reforma psiquiátrica	24
1.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira	28
1.4 Avanços e retrocessos no campo da saúde mental brasileira.....	35
2. DA EXCLUSÃO PARA INCLUSÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS ACERCA DA INCLUSÃO DOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA EDUCAÇÃO REGULAR	39
2.1 Declaração de Salamanca	45
2.2 Educação Inclusiva no Brasil.....	47
2.3 Dificuldades da Implementação da Educação Inclusiva no Brasil.....	52
3. ANÁLISE SOBRE PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA PARA CRIANÇAS COM DIFICULDADES NA APRENDIZAGEM NO SERTÃO DA PARAÍBA	55
2.4 Percurso Metodológico.....	57
3.2 Experiências da educação inclusiva em escolas da rede regular de ensino de Sousa-PB	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	76

INTRODUÇÃO

Durante um longo percurso da história a loucura era tida como algo para além das portabilidades humana, referenciava-se os loucos a desajustados, responsáveis pela desordem social, responsáveis pela decadência moral de sua família e, desta forma, eram trancados e escondidos, pois detinham uma personalidade duvidosa e que poderia representar perigo para si e para os outros de seu convívio social. Por esse motivo foram criados hospitais, por volta do século XVII, afim de impedir a participação destes sujeitos na sociedade.

Os primeiros hospitais psiquiátricos surgiram através da gestão do médico Phillippe Pinel e com o ideal curativo, pois os loucos[as] passaram a ser considerados doentes mentais, necessitando de tratamento, desta forma passou-se a engendrar, na França, os primeiros tratamentos de isolamento dentro dos manicômios. Porém a ideia do tratamento asilar disseminou-se pelo mundo gerando críticas acerca do trato com aqueles que, apesar de estarem presos as suas condições psíquicas, eram indivíduos e mereciam minimamente uma vida em liberdade. No entanto, apesar das contestações o tratamento asilar apenas se renovava, ganhando novas roupagens, os loucos continuavam privados da participação social.

Essa realidade só começou a mudar no pós-segunda guerra mundial, em meados dos anos 50, quando começou a se pensar em Reforma Psiquiátrica e na derrubada dos tratamentos opressores a que os loucos[as] eram submetidos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou força no contexto de Reforma Sanitária, por volta de 1980. Era o início da retomada da dignidade humana por aqueles que, por um longo espaço de tempo, foram excluídos e alvos de modalidades curativas vexatórias e desumanas. Como marco principal da Reforma brasileira, tem-se a promulgação, em 2011, da Lei 10.216, que zela pela oportunidade de um tratamento digno para os sujeitos com transtornos mentais e garante aos mesmos a permanência em convívio social, afim de aprimorar e acelerar seu tratamento que é realizado efetivamente dentro dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPs).

O presente trabalho insere-se na luta antimanicomial, notadamente, no que corresponde a educação inclusiva, tendo em vista que a partir de 1994 a implementação da Declaração de Salamanca, que dispõe sobre a promoção de

uma educação de qualidade que esteja do alcance de todos, em especial, as pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, inclusive, transtornos mentais, afim de que aquelas limitações se tornem eficiência.

O interesse pelo tema partiu do vislumbamento que a saúde mental causa de imediato, naqueles que anseiam por entender a psiqué humana e a discussão acerca da educação inclusiva brasileira, que a priori enfrentou resistências, pois, por muitos anos, aqueles que não eram considerados normais, eram vistos como sujeitos que não apresentavam capacidade alguma de se comunicar e, menos ainda, de apreender conteúdos da grade curricular das instituições escolares. A manutenção de crianças portadoras de deficiência física ou mental em uma sala com outras que não apresentavam as mesmas características além de impensado, parecia cara aos cofres públicos.

Este trabalho surge com o objetivo principal de conhecer e analisar a efetivação das políticas nacionais de inclusão educacional de crianças portadoras de transtornos mentais, em consonância com a Lei 10.216/2001 e de acordo com as recomendações contidas na Declaração de Salamanca, de 1994, nas escolas da cidade de Sousa-PB, partindo do pressuposto de que existem um quantitativo, que cresce consideravelmente, de crianças portadoras de patologias psicológicas matriculadas na rede pública de ensino da cidade, mas que ainda existem diversos desafios para a inserção das mesmas, desafios esses que começam pela estrutura das instituições, atingem o diálogo entre escola e família e chegam finalmente ao maior responsável pelas falhas no processo de inclusão, o Estado, que trata da problemática com ações paliativas.

O presente trabalho tem como fulcro a pesquisa de campo, de caráter qualitativa e exploratória. A pesquisa foi realizada nas escolas públicas de educação regular da cidade de Sousa-PB, mais precisamente do ensino fundamental I e II, e a equipe multiprofissional responsável por atender os encaminhamentos feitos via escola.

Os sujeitos da pesquisa são profissionais da psicologia e da pedagogia que atuam cotidianamente na inclusão de crianças portadoras de patologias psicológicas, dentro e fora da instituição escolar, na cidade de Sousa-PB.

O método usado na coleta de dados serão as entrevistas temáticas orais, por meio de roteiros semiestruturados. As entrevistas foram gravadas em formato de áudio e, em seguida, transcritas, observando-se a linguagem de

quem fala, primar-se-á pela verdade e ética, as entrevistas obedecerão a resolução nº 466/12 e respeitam o Código de Ética do Serviço Social, no que tange os artigos 15º e 16º.

Esse trabalho pretende conhecer a participação das crianças portadoras de transtornos mentais na educação regular, analisando os avanços da educação inclusiva nas escolas da cidade de Sousa- PB, visando contribuir para esses avanços. O trabalho visa ainda estudar o tema de forma crítica, analisando a realidade pelo método marxista crítico dialético.

O trabalho foi dividido em três capítulos que partem do contexto histórico onde surgiram as primeiras impressões sobre a loucura, perpassa a educação inclusiva do contexto mundial até o cenário brasileiro, e finalmente analisando o processo e limites da educação inclusiva na cidade de Sousa-PB.

O primeiro capítulo nomeado “CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL E PRESSUPOSTOS DO TRATAMENTO ASILAR” norteia as concepções acerca da loucura ao longo da história, a implementação dos manicômios e as primeiras tentativas de derrubada do tratamento asilar, chegando a Reforma Psiquiátrica e a conquistas da Luta Antimanicomial, no cenário internacional e nacional.

O segundo capítulo intitulado “DA EXCLUSÃO PARA INCLUSÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS ACERCA DA INSERÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA NA EDUCAÇÃO REGULAR” traz a discussão principal do trabalho relatando o contexto histórico entre retrocessos e avanços da educação especializada, a caracterização do que deveria e do que é educação inclusiva, a inserção de crianças portadoras de patologias psicológicas na educação regular.

O terceiro capítulo “ANÁLISE SOBRE A PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA PARA PORTADORES DE DIFICULDADES NA APRENDIZAGEM NO SERTÃO DA PARAIBA” analisa criticamente as políticas adotadas pelas escolas públicas da cidade de Sousa-PB, em sua relação com as discussões apresentadas no segundo capítulo.

1. CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL E PRESSUPOSTOS DO TRATAMENTO ASILAR.

A saúde mental não se resume a um conhecimento estável, com definições determinadas, que se limitam a diagnosticar e tratar as doenças, ela lida com a complexidade do ser humano, procura entender o seu meio, sua história, suas relações, ela perpassa conhecimentos históricos, filosóficos, políticos e éticos, afim de fundi-los e derrubar as ideias absolutas, o conservadorismo enraizado no trato com as patologias mentais.

Há algum tempo falar de saúde mental remetia a manicômios, pessoas que sofriam estereótipos sociais, consideradas como destoantes a ordem estabelecida socialmente e que por essa condição eram excluídas da sociedade. Dentre as principais práticas de exclusão, os sujeitos que sofrem de transtornos mentais, foram/são muitas vezes banidos das cidades, aprisionados nos quartos das casas familiares, em prisões e hospitais gerais. Inclusive, sobre a hospitalização dos sujeitos nomeados, popularmente, como loucos[as], alienados, doidos[as], lunáticos etc., a priori isso instituiu-se a partir do século XVII onde os hospitais eram espaços criados para colocar os sujeitos que não agregassem valor ou beleza ao meio social¹. Segundo Paulo Amarante (2007):

O hospital, por mais estranho que isto possa parecer nos tempos atuais, não era uma instituição medica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes (AMARANTE, 2007, p. 22).

As instituições hospitalares tinham como missão assistir os desvalidos e desabrigados, no entanto, essa missão de caráter religioso, limitava-se a aprisionar aqueles que representavam ameaça econômica e moral ao meio social no qual estivessem inseridos. Nesse caso, a caridade era utilizada para “limpar” os becos, vielas e caminhos das cidades que começavam a se constituir, a qual existiam damas de caridade, ou seja, mulheres que deveriam ser

¹No ano de 1656 foi instituído o Hospital Geral. Criado pelo Rei da França, o mesmo tinha a função de apenas abrigar aqueles de fugissem do pleno ordenamento social. Os interesses do monarca francês era a profilaxia social, fosse por boa vontade ou por ordem judicial (AMARANTE 2007).

enaltecidas pelas suas práticas caritativas de amparo social, de modo que pretendia-se recrutar aqueles que disponibilizavam de seus atos generosos total devoção. Também existiam os homens de espírito filantrópico que dizendo agir em benefício dos desvalidos sociais, estabeleciam com estes uma eterna dívida. Pode-se dizer que havia nessa prática “assistencial” a lógica da cruel compaixão. Os “benfeitores” utilizavam o assistencialismo com a finalidade de explorar os desamparados, tendo em vista que essa lógica disseminava a desigualdade social, uma vez que os amparados eram, em sua maioria, os mais pobres. A compaixão era uma moeda de troca e os que eram ajudados aceitavam a situação de submissão por realmente crer que havia uma dívida e que aqueles que lhes ajudava não possuíam outro interesse senão a promoção do bem, porém reforçava-se a desigualdade, a coerção, exploração, a imposição entre eles (CAPONI, 2000). Como se vê, a caridade pregada por religiosos, ditava normas de bom costume que fomentavam uma sociedade em ordem.

Enfim, por muito tempo os hospitais carregavam consigo os pressupostos religiosos amparados na filantropia.

É importante observar que filantropia, apesar de encontrar, para muitos, semelhanças com a caridade se distancia do escopo caritativo, tendo em vista que o conceito de caridade se aproxima mais de pressupostos cristãos, onde os espíritos caridosos do início dos tempos propiciavam aos menos abastados socialmente ajuda para enfrentar as dificuldades, o que tinha como principal objetivo, não a salvação do pobre, mas viabilizar para si o “reino do céu”.

A filantropia tecia estratégias intervencionistas para erradicar problemáticas urbanas e sociais, tendo como alvo principal a pobreza, que era vista como disseminadora de problemas, porém o objetivo não era erradicá-la, do contrário quem seria explorado, designado para os mais baixos cargos, submissos à burguesia? As intervenções de caráter paliativas e assistenciais buscavam limpar as mazelas de forma superficial, uma vez que a filantropia tinha um cunho político, e a aqueles que a pregam eram os maiores beneficiados²

² A filantropia é influenciada pelo movimento operário europeu no século XIX, mediante a ascensão popular em reivindicar seus direitos designando ao Estado a responsabilidade de promover ajustes sociais que promovessem direitos justos para os mesmos. Estabeleceu-se a necessidade de rever a caridade que se instituiu e transmutar praticas meramente assistenciais em direitos. (SANGLARD, 2015).

(SANGLARD, 2015). Esse processo também resguardava mudanças no conceito sanitaria, os filantropos acreditavam que havia a necessidade de promoção de um novo espaço social partindo do pressuposto de assepsia urbana, com a criação dos hospitais e dos manicômios, retirava-se os desajustados sociais das ruas e prendiam, preservando a população dita normal de conviver esses “incômodos”

A loucura, até então, era tida como doença, desajuste, insanidade. O propósito era pegar essas pessoas acometidas com patologias psicológicas e excluí-las a fim de salvar os demais desse terrível mal. É importante observar, que até aquele momento a loucura era vislumbrada como falta de razão. Desse modo, os loucos[as] eram concebidos como sujeitos que ofereciam algum perigo, tais pessoas causam medo, mas ainda não se havia vinculado esse comportamento com a doença, eram compreendidos como desordeiros, e durante o “Grande Enclausuramento”, movimento de enclausuramento dos sociais, ocorrido na França do século XVII, onde pobres, mendigos, leprosos, prostitutas, loucos[as], criminosos, entre outros atores que fugiam as normas pré-estabelecidas socialmente, foram aprisionados nos Hospitais Gerais, o que objetivava resguardar a sociedade dita normal (FOUCAULT, 2009).³

Após a Revolução Francesa, “em consonância com o lema de Igualdade, Liberdade e Fraternidade, que guiou o ideal revolucionário, todos os espaços sociais deveriam ser democratizados” (AMARANTE,2007), os hospitais que passaram a ser lugares exclusivos para doentes, iniciaram o processo de medicalização⁴, onde os enfermos passaram a serem observados, tratados,

³História da Loucura na Idade Clássica, Michel Foucault

⁴Com o desenvolvimento social se tornou necessário a construção de estabelecimentos que disponibilizassem de amparo à população. Aqueles que falecessem cemitérios; aos que cometessem algum crime presídios; aos doentes hospitais; e aos que possuíssem qualquer tipo de patologias psiquiátricas hospícios. Era a concepção da institucionalização. Porém a instauração desses ambientes causava uma possível contaminação de doenças e de comportamentos apreendidos ambos devastadores nos centros urbanos. O princípio da medicalização interveio nessa problemática enfatizando que havia necessidade de promover uma “limpeza” evitando possíveis malefícios das ruas, portanto era necessário a construção dessas instituições, porém sem que respingasse nos cidadãos. Partindo do ideal de assepsia urbana sem que houvesse aproximação do corpo social, tais instituições de “amparo social” foram erguidas afastadas dos centros urbanos, sem que fosse considerado que essas construções devessem dispor de estrutura e locais dignos. A medicalização também buscou organizar a estrutura interna de tais ambientes mesmo que dispusessem de locais insalubres, mas, isso não era considerado, uma vez que seus usuários deturpavam a imagem e o ordenamento das cidades, para eles era imposto ordens, pois cabia à medicina zelar pela segurança da população, e, de forma velada, proteger os internos. A medicina tinha o escopo de contribuir para a construção moral dos indivíduos, equilibrada às suas condições físicas, pois

examinados, afim de obter a cura das doenças. Nesse estabelecimento o saber era atribuição de médicos e não mais da caridade subministrada apenas por religiosos[as]. Além disso, outras instituições foram criadas para dar aparato assistencial aos que precisassem de abrigo (FOUCAULT, 2009).

Com o processo de medicalização hospitalar, e a queda do caráter filantrópico da instituição hospitalar, os médicos se tornaram autoridade máxima nestes espaços, o que possibilitou ao médico francês Philippe Pinel⁵, que estava à frente de uma das unidades do Hospital Geral, fundar uma modalidade médica conhecida e de suma importância no trato do adoecimento mental, qual seja: a Psiquiatria. Diante disso, o mesmo ficou conhecido como o pai da Psiquiatria. (AMARANTE,2007)

Pinel defendia que o louco deveria ser controlado, pois, ele estava fora de sua “normalidade”, ou seja, não se adequava aos comportamentos preestabelecidos, e por essa razão devia manter-se isolado dos demais até que recuperasse sua sanidade mental e se adequasse ao comportamento considerado como certo pelo corpo social. A partir daí se observa que a loucura passou a ser considerada como patologia clínica, os loucos[as], compreendidos como doentes mentais, passaram a ser submetidos a tratamento, embora indubitavelmente evasivo e errôneo, e que infelizmente ainda não desvinculado totalmente dos tratamentos ofertados aos portadores de doenças mentais nos dias de hoje, afim de obter a cura de suas enfermidades mentais.

Os primeiros hospitais psiquiátricos foram gestados por Pinel, a fim de submeter os “alienados”, que era como ela classificava os loucos[as], a tratamento de saúde mental em manicômios, subtraindo os mesmos do contexto social. De acordo com Paulo Amarante: “Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando

apesar do homem obter características particulares, físicas e psicológicas, ele fazia parte de um corpo social, desta feita ele deveria atender as normas sociais (MACHADO, 1978).

⁵Phillipe Pinel (1745-1826) foi um médico francês, percussor da psiquiatria. Defendia o tratamento asilar engendrando a reforma psiquiátrica, uma vez que tirou as correntes dos internos em manicômio, porém sem tirá-lo da internação. Suas ideias soavam com um ar de modernidade que impressionou a todos daquela época, no entanto os problemas foram aparecendo com o sucateamento dos manicômios que não possuíam da estrutura suficiente para abarcar tantos internos. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/quem-foi-philippe-pinel-e-esquirol/32125> Acessado em 13 de Novembro de 2017.

o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-las.” (AMARANTE,2007, P.29)

Pinel fazia uso de um tratamento formulado por ele, caracterizado por tratamento moral, pois o alienado fora de sua razão não condizia com as normas sociais, portanto, não obedecia às leis e isso significava perigo. Ele buscava entender a loucura partindo do pressuposto de que se isolasse o louco[a] poderia observá-lo e compreender as causas de sua ausência de razão, analisar e classificá-lo (PESSOTI, 1996).

No tratamento moral de Pinel os alienados eram postos diante de disciplinas a fim de mudar a conduta dos mesmos. A psiquiatria vem com o escopo de controlar comportamentos “anormais” e, com sua terapia, promover as correções de comportamento necessária, restabelecendo a saúde mental. Na medida em que o psiquiatra francês promulgou o fim do enclausuramento dos loucos[as] nos Hospitais Gerais, ele causou a impressão de que estava promovendo a liberdade dessas pessoas, no entanto, observa-se que mudou a nomenclatura, mas o objetivo de profilaxia social permanecia sob a sigla da terapia.

O tratamento moral de Philippe Pinel universalizou-se e, por séculos, ficou conhecido como única modalidade de tratamento para as patologias mentais. Tornou ele um herói frente à assistência às pessoas que sofriam de transtornos mentais, a partir de seu legado e contribuição ao tratamento dos alienados, surgiu na França a primeira lei que dava aporte assistencial aos desvalidos de razão, no ano de 1838. (AMARANTE,2007).

A compreensão dos loucos[as] enquanto sujeitos que oferecem perigo aos ditos não-loucos[as] remete ao século XIX, sendo Morel um dos principais responsáveis pela difusão de tais ideias⁶. No Brasil, observa-se o aparecimento de tais discursos a partir da década de 1820, entretanto, não havia, naquele momento um teor médico, o discurso sobre a periculosidade do louco[a] era uma atribuição da administração política municipal. Somente nos anos 1830 tais

⁶Para Morel a perfeição do homem era explicada a partir da existência de um tipo humano primitivo ideal. Neste sentido, define a degenerescência como “um desvio doentio de um tipo primitivo”, que pode ser tanto de caráter hereditário, como de dimensões morais e de comportamentos. Tais ideias vinham em defesa da sociedade, num momento em que a industrial desenvolvia-se, fazendo necessário a difusão de comportamentos virtuosos (JUNQUEIRA, 2016).

discursos foram legitimados pelos saberes médicos e, apesar das mudanças propagadas ao longo do século XX, notadamente, a partir das reformas psiquiátricas e leis de inclusão social, tais estigmas subsistem até os dias atuais. Assim, não é errado afirmar que as pessoas, consideradas normais, têm medo dos sujeitos que apresentam algum transtorno psicológico, vindo a excluí-los, os isolando em unidades de tratamento, afastando-se como se o mesmo representasse um quadro clínico contagioso. Enfim, as pessoas têm medo de desenvolver ao longo da vida algum tipo de transtorno mental.

O surgimento da psiquiatria e da modalidade de tratamento tecida por Pinel e, depois, por seus seguidores, por seu caráter de sequestro repercutiu, por muitos anos (e persiste no ideário de boa parte da população) como a solução para os casos de transtornos mentais. Apesar disso, a manicomialização também encontrou, já no início do século XX, inclusive no Brasil, críticas que defendiam o regime *open-door*⁷, afinal, cercear a liberdade das pessoas até que ponto significaria de fato a melhor maneira de curar os transtornos mentais. No Brasil, o jornalista, contista, cronista, romancista, poeta e teatrólogo, natural do Rio de Janeiro, Machado de Assis ao escrever sua obra *O Alienista* tece reflexões profundas acerca do isolamento, sobre a loucura e seus desvelamentos. Inclusive é importante observar que a literatura é uma fonte inesgotável para o conhecimento da realidade, uma vez que a ficção baseia-se na vida real, a mesma apresenta com clareza fatos ocorridos mediante a aproximação do autor aos fatos relatados em sua obra. A verossimilhança presente nas obras literárias torna quase que palpável a realidade transcrita em palavras, e expõe problemáticas que encontram-se invisíveis socialmente, atenuando o distanciamento da sociedade com fatos que ela mesmo faz questão de não ver, pelo desconforto que a mesma causa ou por se tratar de realidades adquiridas e assimiladas do cotidiano e indubitavelmente mutáveis (JUNQUEIRA,2016)

⁷O modelo *open-door* consistia, como o próprio nome diz, em uma regime de asilamento de portas abertas. Em tais instituições o modelo asilar foi travestido de hospital livre de muros, grades, com passeios e permissão de visitantes, os pacientes eram levados a acreditarem que gozavam de liberdade, o que era um engano, tendo em vista que eram mantidos aprisionados aos hospitais psiquiátricos e impelidos aos ordenamentos da equipe médica. Disponível em <http://books.scielo.org/id/p26q6/pdf/portocarrero-9788575413883-08.pdf> Acesso em 13 de Novembro de 2017.

Dentro da história do livro *O Alienista* descreve fatos reais sobre a realidade da nascente psiquiatria brasileira e dos hospícios existentes no país, o estado lamentável nos quais se encontram as pessoas internadas naqueles estabelecimentos. O trabalho de Machado de Assis revela que passado o entusiasmo inicial, com o tempo os manicômios não se mostraram eficazes na cura do desordenamento social trazido por aquelas pessoas. Surge então a necessidade de criar novas maneiras de lidar com tais pessoas, eis que entra em cena as Colônias de Alienados (AMARANTE, 2007)

A mesmas, baseiam-se no modelo open-door e partem do pressuposto de que quando colocados em atividades, seja nos trabalhos agrícolas, domésticos, manuais, artísticos, ou seja, a partir do momento que o doente mental ocupasse sua mente conflituosa com atividades que prendessem sua atenção, ele se libertaria da insanidade. Segundo Paulo Amarante:

Os alienistas brasileiros do início do século XX, a exemplo de Waldemar de Almeida, forma adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria 'o meio terapêutico mais preciso', que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tentando fazer desaparecer 'os vestígios do delírio' (AMARANTE, 2007, p.39).

Aqui no Brasil a ideia foi bem aceita, e as primeiras colônias surgiram em meados dos anos de 1890, no estado do Rio de Janeiro.

Na Paraíba, também houveram entusiastas do modelo hospital-colônia. Tal foi o caso dos médicos Flávio Maroja e Sá e Benevides, este último responsável pelo regulamento do Hospital-Colônia Juliano Moreira, inaugurado na capital paraibana em 1928 (JUNQUEIRA, 2016).

Apesar das críticas ao modelo asilar inaugurado por Pinel, o regime de sequestração/internação foi conservado na colônia, apenas mudou-se a modalidade terapêutica, porém as pessoas ainda encontravam-se presas em detrimento de seu estado de saúde mental. O que se observa estudando os autores que se dedicam ao tema é que os sujeitos que sofriam de transtornos mentais eram levados a contragosto, inclusive, com permissão dos seus familiares, que não queriam mantê-los dentro de suas casas, sob a alegação de que ofereciam riscos aos ditos "normais" (JUNQUEIRA, 2016).

Mediante a psiquiatria e os tratamentos asilares nos quais eram submetidos os diagnosticados com patologias psiquiátricas, foram considerados

desordenadores e para alguns pensadores do século XX degenerados, que não ofereciam nenhuma utilidade ao progresso urbano, por isso deveriam ser retirados das ruas. Esse movimento foi idealizado e defendido por diversos psiquiatras brasileiros e ficou conhecido como Cruzada Eugênica.

1.1 A Saúde Mental na Cruzada Eugênica Brasileira

Desde o final do século XIX, psiquiatras de várias partes do mundo, influenciados pelas ideias do francês Francis Galton, beberam do conceito de assepsia social e passaram a defender os ideais eugênicos. No Brasil, a partir do início do século XX se observa, sob a liderança de Renato Kehl o início da Cruzada Eugênica no país (MIRANDA, 2009).

O escopo principal do movimento eugênico era eliminar os degenerados, deturpadores sociais, do território brasileiro. Os eugenistas acreditavam que suas ideias de higienização urbana se medraram e todos iriam contemplar que o princípio da eugenia seria o fim do alastramento dos males sociais, que tinham origem na formação do país, devido a pluralidade de raças, que culminou em indivíduos propensos a patologias psicológicas, doenças, pobreza, e isso poderia ser atribuído a questão hereditária também (MIRANDA, 2009).

Os eugênistas consideravam que existiam falhas na população por parte de alguns indivíduos, e que a realidade na qual eles se encontravam poderia se modificar, desde que corrigissem a forma de educar e conduzir os mesmos, uma vez que os mesmos não possuíam virtude algum e necessitavam de alguém para gerir suas vidas e lhes direcionar, caso contrário poderia ser excluído do corpo social.

Destaque-se que, no ano de 1909 ocorreu o Primeiro Congresso Médico de Pernambuco, onde foram engendradas as ideias eugênicas. O evento contou com a participação de profissionais da medicina de todo território nacional. No campo de discussões a medicina ganhou destaque como supremacia entre os homens, detentora do poder de mudar os indivíduos estabelecendo normas, assim como capacitada suficientemente para acabar com a, considerada pelos pensadores eugênicos, “raça ineficiente” e desse modo reduzir o seu crescimento, tendo em vista que os portadores de patologias psiquiátricas não

teriam o direito de se reproduzir afim de evitar que eles gerassem outros degenerados (MIRANDA, 2009).

A psiquiatria contribuiu para a disseminação das ideias eugênicas, pois acreditava-se que o ser humano poderia obter patologias de cunho hereditário, assim como poderia ocorrer a aquisição durante a vida por males gerados por doenças epidêmicas, ou pela pobreza, o uso de drogas e álcool, e a falta de controle por parte do Estado sob os indivíduos. A contaminação de um indivíduo seria determinante para o contágio de toda a população, e essa teoria partia dos pressupostos da degeneração moral defendido por Benedict Morel, a mesma buscava alertar as elites intelectuais, notadamente os psiquiatras, sobre o risco de fim da população dita normal, e do conseqüente crescimento do número de sujeitos considerados anormais, que não possuíam dotes, ineficientes, com patologias físicas e mentais.

As ideias eugênicas tomaram grande proporção no território brasileiro, onde seus idealizadores passaram a defender e acreditar que as problemáticas sociais realmente poderiam ser dissipadas a partir da higienização social, a criação de normas mais duras que conduzissem os homens e separasse os que contribuíram para a unificação da “raça branqueada”, inclusive ideal trazido por Belsário Penna, que aludia ao aumento de migração europeia afim de “limpar” a raça e excluir os degenerados.

Dentre as ações de teor eugênico destacam-se algumas medidas de controle, dentre as quais destacam-se os exame pré-nupcial, para constatar se os noivos estavam em plenas condições de saúde e hábeis para se reproduzir; houve também o aumento do número de hospícios para limpar as ruas dos portadores de patologias físicas e mentais (MIRANDA, 2009).

A medicina intervinha na reprodução e condução social e atestaram a partir de um estudo feito por Artur Neiva e outros colaboradores, em 1912, que a região Nordeste era a mais propensa a desvios de conduta e solo fértil para o aparecimento de epidemias, devido à falta de estrutura. Em face as condições climáticas, econômicas e sociais, a população nordestina pouco se destacava frente as demais regiões do Brasil, constituindo-se de indivíduos pouco

inteligentes, fracos, adoentados, franzinos, totalmente fora do padrão ideal de homens e mulheres defendido pelos helenistas⁸.

Um dos grandes nomes da literatura brasileira, Monteiro Lobato, também se rendeu ao movimento eugênico. O escritor, que também era fazendeiro, escreveu obras com influências da eugenia. A priori, em 1914, criou seu famoso personagem Jeca Tatu, o mesmo tratava de um caipira preguiçoso, cheio de verminoses, que não gostava de trabalhar nem obedecer às normas sociais, mas que partindo da premissa eugênica com um tempo e com intervenção médica, adaptou-se as normas, tornou-se trabalhador e ficou rico. Outras obras foram escritas por Lobato com viés eugênico, com o objetivo de persuadir a população sobre os ideais do movimento e educá-los de forma velada e mostrar o que era certo a fazer (MIRANDA, 2009).

A eugenia, como parte da política salvacionista brasileira, influenciou muitos pensadores, inclusive no meio da psiquiatria. Dentre os primeiros médicos que defendiam as ideias eugênicas, destaca-se Júlio Afrânio Peixoto.

Afrânio Peixoto, por sua vez, era admirado por diversos nomes importantes da saúde mental, como por exemplo Juliano Moreira. Peixoto defendia que os diagnosticados com patologias psiquiátricas deveriam ser excluídos e controlados pelos saberes médicos, por ofertarem perigo de vida a população, por serem inapropriados para reprodução, defendendo assim a ideia de esterilização dos mesmos. O médico baiano culpava as desordens sociais à falta de saneamento básico que culminava na ausência de hábitos de higiene dos cidadãos, o que estava em consonância com o pensamento eugênico de higienização urbana (MIRANDA, 2009).

Em 1923 instituiu-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), além de defender o tratamento asilar, como forma de retirar parte desses degenerados das ruas, também procurava encontrar quem possivelmente pudesse desenvolver qualquer patologia, era uma medida preventiva, com isso legalizou, através da Câmara dos Deputados no ano de 1927 exame pré-nupcial, com a finalidade de evitar a procriação de sujeitos com disfunções físicas ou mentais.

⁸ Aqueles que faziam parte da Sociedade Eugênica Paulista, tinha como presidente o grande influenciador no campo da medicina Paulo Arnaldo Vieira, lançaram os olhos para a região norte e nordeste, com o escopo de oferecer saneamento básico e condições dignas para aqueles cidadãos, afim de diminuir o crescimento de degenerados partindo de lá (MIRANDA,2009).

Tal projeto foi elaborado pelo médico Amaury de Medeiros, no entanto não obteve êxito na Câmara Federal.

Mas esse óbice não estancou o Movimento Eugênico no Brasil, pois em 1929, com disposição de intervir radicalmente na formação do país, realizou o I Congresso Brasileiro de Eugenia com o psiquiatra Renato Kehl, um de seus maiores idealizadores, e o professor Edgard Roquette Pinto, que em seu discurso trazia sempre ressalvas acerca das contribuições danosas que a raça negra trouxe para a formação social brasileira e que o Estado deveria intervir fortemente na migração de afrodescendentes ao país afim de branquear a população.

Os catastróficos idealizadores da Cruzada Eugênica tiveram força no Brasil talvez por se tratar de um país ainda com raízes preconceituosas, engendradas pelo período escravista, tornaram-se indiferentes aqueles que não obedeciam às normas estabelecidas socialmente. Em janeiro de 1929, durante o fervor do Movimento Eugênico, os eugenistas brasileiros nomearam três crianças que, segundo pressupostos do movimento, atendiam as exigências físicas e motoras de perfeição, vulgarmente falando, raça pura (MIRANDA, 2009)

Diversos nomes de suma importância na saúde mental, na medicina clínica, da literatura, nas academias, estavam atrelados ao movimento e empenhados na difusão dos ideais eugênicos por parte das massas, contudo o mesmo se travestia de benevolência, assistencialismo e, para os radicais, salvação do corpo social, mas que não se distanciava muito dos barbarismos do nazismo alemão, influenciado pelos mesmos ideais eugênicos, que chocou o mundo pela violência utilizada em defender seus princípios hierárquicos, e infelizmente refletiu no tratamento deletério asilar e excludente daqueles que eram diagnosticados com patologias psiquiátricas e/ou considerados de raça degenerada.

1.2 Princípios da reforma psiquiátrica

No período pós-guerra, em meados dos anos de 1950, diante de um quadro de desolador de mortes e conflitos bárbaros, a sociedade mundial, que desejava o fim daquele embate, se sentiu estimulada a evitar conflitos como aquele e olhar diferente sua população e as mazelas existentes na sociedade.

Naquele contexto, também os hospitais psiquiátricos, lugares de opressão e mortes, passaram a serem vistos de uma nova forma, como algo danoso à saúde daqueles que se encontravam ali a margem da sociedade, sem perspectiva de cura e legados ao abandono perpétuo. (AMARANTE, 2007).

Os soldados que voltaram da guerra com problemas psicológicos eram internados afim de curar seus danos físicos e mentais, o sucateamento dentro dos hospitais era evidente, eram muitos pacientes que chegavam ao mesmo tempo, afim de obterem cura para seus males. Em face dos elevados números de doentes, na Inglaterra, surgiu o projeto de fazer reuniões, rodas de conversa que promovesse a participação dos profissionais psiquiatras e dos usuários, grosso modo, o projeto inglês representava uma terapia coletiva para a cura dos transtornos mentais provocados pela Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 2007)

A ideia se consolidou em 1959, com Maxwell Jones que acreditava que tal atividade criava vínculos entre o paciente e o médico, que poderia analisa cautelosamente a situação do seu objeto de estudo, assim como o paciente sempre se sentiria acolhido e atuante no meio social. Ainda segundo Jones, a terapia pode ser conduzida por todos. Era a luta pela reinserção social daqueles que lutaram pelas suas pátrias (AMARANTE, 2007)

A busca pela Reforma Psiquiátrica, em meados do século XX, era o início da luta contra os manicômios, era a consolidação de tratamentos que, na busca da recuperação da saúde mental promovessem também o bem-estar dos sujeitos com transtornos mentais, enaltecendo a escuta daqueles que por muito tempo foram considerados desarticuladores sociais. E foi nessa perspectiva que na França, François Tosquelles implementou no Hospital Saint-Alban, o Coletivo Terapêutico⁹.

A ideia era tanto oportunizar tratamento terapêutico ofertando ao paciente diagnosticado com problemas mentais, como incentivar a participação dos

⁹ O Coletivo Terapêutico consistia em oportunizar aos diagnosticados com algum tipo de patologia psiquiátrica a desamarrar-se do confinamento manicomial, tendo em vista que tais pacientes mantinham aproximação com a equipe hospitalar e todos estavam unidos afim de obtenção de cura e de um tratamento digno. No entanto, os pacientes ainda se encontravam presos as estruturas hospitalares, e presos a ideia de não estavam sendo coagidos cotidianamente as ordens e imposições da equipe medica e enfermeiros. A Comunidade Terapêutica representava um avanço da Reforma Psiquiátrica de certa forma, mas não sanava os pacientes de tais instituições dos efeitos deletérios do tratamento asilar. (BASAGLIA, 1969)

mesmos em atividades elaboradas para sua integração na comunidade. O tratamento Coletivo Terapêutico propunha que os pacientes fossem ouvidos em conjunto e todos, equipe médica e pacientes, dentro da instituição psiquiátrica, tinham funções terapêuticas (AMARANTE,2007).

As reformas ocorridas na saúde mental transgrediram para fora dos hospitais psiquiátricos, foram pensados meios de evitar o surgimento ou o reaparecimento de crises em pessoas em tratamento. Surgiu nos Estados Unidos, movidos por problemas sociais existentes, como uso de entorpecentes, crise econômica, o empoderamento da classe afrodescendentes (grande maioria vítima de exclusão). As ideias reformistas disseminaram-se por bairros que, negligenciados pelo Estado, foram focos de pobreza e alvos da violência, nesse contexto foi desenvolvido a Psiquiatria Preventiva por Gerald Caplan¹⁰.

Caplan trouxe em seu discurso, que havia uma maneira de prevenir doenças que acometessem a saúde psicológica das pessoas, desde que ela fosse diagnóstica precocemente, e que se elas fossem rapidamente curadas não haveria questões sociais a enfrentar. A psiquiatria preventiva recolhia supostos loucos, até mesmo sem sua autorização afim de diagnosticar sua patologia com brevidade. (AMARANTE, 2007)

No entanto, a Psiquiatria Preventiva também estimulava, de certo modo, o espriamento da discriminação contra o doente mental, as pessoas buscavam traços de “desordenamento mental” em pessoas próximas e familiares, e isso poderia explicitar-se através de crises que pudessem ser causadas por problemas atemporais, ou quando houvesse uma mudança brusca na vida da pessoa, acreditava-se que tal acontecimento corroboraria ara o surgimento de um problema mental.

As pessoas também poderiam interferir e classificar algum indivíduo como louco[a], caso ele mostrasse resistência em adaptar se as condutas sociais preestabelecidas, e essa busca por deter os que não aceitam a imposição das normas petrificadas pela sociedade, só demonstrava que tais sujeitos

¹⁰Gerald Caplan, nascido no Canadá em 1938, foi idealizador da Psiquiatria Preventiva. Em sua passagem pelo território americano, desenvolveu bases teóricas ofertando contribuições ao tratamento de pessoas com patologias psicológicas que forma de suma importância no campo da saúde mental e no percurso da Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <http://cursosaludmentaluniversidadmayor.blogspot.com.br/2011/06/garald-caplan-heroe-de-la-psiquiatria.html> Acesso em 13 de Novembro de 2017.

inquietavam as grandes autoridades e a luta por retirá-los das vistas das pessoas, afim de manter a “limpeza” dos centros urbanos e caminhos, nunca cessou. A prevenção era contra o alastramento dos mesmo e não importava quanto dano isso lhes causaria, e mesmo com a elaboração de uma “estratégia desospitalizante”, terminologia usada por Paulo Amarante, tudo era feito com o escopo de erradicá-los (AMARANTE, 2007)

No processo de Reforma Psiquiátrica, destacam-se, ainda, a Psiquiatria Democrática e a Antipsiquiatria, apesar de serem instituídas em países diferentes, foram propagadas a partir da experiência de aproximação que seus disseminadores tiveram com os hospícios e a chocante realidade que encontraram em seus interiores.

Franco Basaglia engendrou a Psiquiatria Preventiva em terras italianas por volta dos anos de 1970, ele buscou desmontar a estrutura dos manicômios entendendo que por meio de opressão, afim de reinserir forçadamente a pessoa em transtorno mental na sociedade, devolvendo-o ao convívio social logo que aceitasse as normas ditas como corretas. Por tal paradigma as pessoas que sofriam de algum transtorno mental eram impelidas a obedecerem aos padrões, isso não seria positivo para recuperação daquelas pessoas. Mediante uma visita a um hospício em Gorizia na Itália, Basaglia vislumbrou a possibilidade de que aquelas pessoas pudessem retomar a vida social caso saíssem dali. O psiquiatra vislumbrava a possibilidade de recuperação da saúde mental sem que os pacientes tivessem que passar por tratamentos que considerava desumanos, fugindo da ideia de Philippe Pinel de que os loucos[as] corrompiam a beleza social e o bem-estar dos ditos “normais”. (AMARANTE, 2007)

Basaglia queria oportunizar um tratamento fora dos “campos de concentração”, ou seja, dos hospícios, elaborou os Centros de Saúde Mental, que atuavam em vários segmentos sociais afim de atingir toda a região, viabilizando assim a volta daquelas pessoas ao convívio social.

Do mesmo modo que Basaglia não era conivente com a psiquiatria estabelecida, que excluía e buscava a linha entre razão e insanidade, na Inglaterra em meados dos anos 60, em detrimento de uma observação nos hospitais nos quais trabalharam, David Cooper e Ronald Laing observaram que as pessoas com transtornos mentais eram discriminadas pela própria família, concluíram que não havia entre os pacientes, diagnósticos clínicos e terapêutica

medicamentosa. Segundos os psiquiatras, a forma como a pessoa com transtornos mentais era tratada lhe gestava um trauma e ele teria de viver a experiência de superá-la, podendo usar terapia apenas como aconselhamento auxiliando na superação daquele declínio emocional vivido.

Visto que a psiquiatria a priori foi fomentada afim de extinguir a loucura pois a mesma representava perigo a ordem social, a ideia de prender/sequestrar seria de curar ou de evitar que tais sujeitos enfeiem as belas estruturas sociais utópicas? O desconforto causado pela presença de loucos, mendigos, prostitutas, desordeiros, talvez por dizer o que ninguém queria/quer ouvir, gerou a discriminação que os persegue até os dias atuais, apesar disso, entender as causas dos estigmas e exclusões sofridas por tais sujeitos, concorre para a superação das raízes históricas sobre o entendimento da loucura.

1.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Com a disseminação, em diversos países, do movimento de reforma Psiquiátrica - que buscava rebater a ideia de que o portador de transtornos mentais era alienado e oferecia perigo ao corpo social, e que tinha como objetivo desmontar os hospitais psiquiátricos que representavam um espaço danoso àqueles sujeitos, servindo apenas para atender as necessidades da gestão e para as famílias, que não tomava para si a responsabilidade para com seus doentes mentais e/ou tampouco para com os parentes que não se “adaptavam” as normas sociais estabelecidas -, observou-se, a partir do final dos anos 1970, o aparecimento de entusiastas do movimento, inspirados nas inquietudes dos psiquiatras Franco Basaglia e David Laing, que defendiam a ruptura do pensamento horizontal e rígido de Philippe Pinel.

Dito isto, é importante observar que surgiu no Brasil, por volta dos anos 70, do século XX, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental. Após muita luta, tendo em vista as dificuldades impostas pela ditadura, instaurou-se um movimento pró Reforma Sanitária, apesar disso, as mudanças decorrentes desse movimento só foram possíveis com do governo militar, a partir de então foi gestado o Sistema Único de Saúde (SUS) que apesar de embates e retrocessos, do sucateamento no qual se encontra subsiste até os dias atuais.

O advento do SUS deu-se em 1988 mediante sua implantação na Constituição Federal. Era o surgimento da democratização de serviços de saúde para a população que havia sofrido com os desprazeres trazidos pelo regime ditatorial. Em suas disposições gerais, Art. II da lei 8.080, de setembro de 1990, estabelece que é responsabilidade do Estado promover ações afim de amparar todo e qualquer cidadão que precisasse de atendimento médico: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990).

A Reforma Sanitária trouxe força a Reforma Psiquiátrica, a instituição de um Sistema que condicionasse meios para que todo e qualquer cidadão tivesse atendimento hospitalar caso sua saúde estivesse fragilizada. A saúde mental também obteve destaque e vários profissionais dessa área participaram dessa luta no Brasil, pois ela não limitava-se apenas aos psicólogos e psiquiatras, todo o corpo profissional que lidava com os portadores de transtornos psicológicos e viam a desresponsabilização do Estado e até das famílias para com aqueles sujeitos moveram-se em defesa da campanha antimanicomial.

Ao longo dos anos 1980 e 1990, observou-se que diversos congressos, simpósios, reuniões aconteceram no Brasil, visando à reforma psiquiátrica, de caráter antimanicomial, inclusive com a participação de Basaglia, o fomentador de um dos grupos de base que defendia a reforma nesse país. Como resultado das lutas gestadas pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, observou-se o surgimento do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, em 1987, que abarcou um grande contingente da sociedade, inclusive familiares, que passaram a ver com outros olhos seus parentes acometidos de enfermidades mentais. Da participação desses últimos, observou-se que alguns passaram a lutar para reinseri-los no seio familiar.

A questão da loucura e do tratamento oferecido aos sujeitos chamados popularmente de loucos[as] ganhou voz e importância civil. Mesmo que no Brasil o movimento de Reforma Psiquiátrica tenha sido apenas reflexo do processo iniciado em outros países, a existência de hospícios que vulnerabilizavam seus “pacientes” a ponto de piorar suas patologias era uma problemática visceral e que precisava ser combatido sem demora. A questão psiquiátrica brasileira passa a ser compreendida em termos da luta pela mudança daquela realidade e não apenas o uso de “retoques”, pois como os reflexos das reformas

internacionais chegavam aqui, os reformistas acreditavam que os resultados poderiam ser os mesmos alcançados na Inglaterra e/ou na Itália (AMARANTE, 2007).

Mediante a reforma psiquiátrica brasileira aparatos de serviço de atenção psicossocial foram urdidos para que acompanhassem o tratamento daqueles que fossem diagnosticados como em estado de sofrimento mental. Uma equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta, seria disponibilizada para o recolhimento de pacientes, que estivessem em crise ou não, estabelecendo uma ligação mais humana para que o paciente se sentisse confortável, e capaz de se reinserir novamente à sociedade.

No que diz respeito aos pacientes em crise e seu acompanhamento em saúde mental, como fim de promover bem-estar durante o tratamento foram instituídos os Centros de Atenção Psicossociais(CAPS). Promulgado pela portaria n. 336/2 em 19 de fevereiro de 2002, o mesmo desenvolveria as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;d - visitas domiciliares; e - atendimento à família;f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL,2002).

Dentre as atividades do CAPS existem as variantes de atendimentos populacionais, isso interfere em seu horário de funcionamento e equipe multiprofissional disponibilizada, bem como suporte para a promoção de atendimento capacitado que possa garantir a recuperação para o máximo de usuários possíveis. O CAPS vai para além do atendimento de usuários em sofrimento psíquico e não se detém apenas ao contingente correspondente aos sujeitos maiores de idade (AMARANTE, 2007)

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) atende crianças ou adolescentes possuindo equipe multiprofissional completa, oportuniza internações aos seus pacientes em crise, dispõe de tratamento terapêutico, porém

com atividades correspondentes a usuários, menores de idade, em sofrimento mental. A rede de assistência psicossocial conta também com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), suas atividades estão relacionadas aos usuários com dependência em álcool e drogas psicoativas, a equipe dispõe de tratamentos e a busca de reinserção de seus pacientes no meio social, uma vez que em muitas situações a dependência lhes tira do convívio social e familiar (BRASIL 2002).

A intenção do CAPS é dispor de um atendimento que cubra territórios determinados, a fim de promover aparato técnico hospitalar aos seus usuários em crise, mas a intenção dele não deveria ficar só no caráter da medicalização, a busca por reinserir socialmente o sujeito com transtornos mentais deveria ser seu principal objetivo, criando dentro do centro oportunidades de desenvolvimento para seus usuários, para que a partir de atividades diversas, produza subsistência, tornando-se um ser independente e capaz de ser reinserido a sociedade. Há a indubitável dificuldade em encontrar parceiros que disponibilizem seus espaços fora da reclusão hospitalar, ou seja, a criação de redes entre os centros e outras instituições, a fim de que se estabilize o diálogo entre o tratamento dentro do CAPS e a prática de ações em outras atividades, mas o estigma acerca da periculosidade dos sujeitos que sofrem de transtornos mentais não declinou completamente, mesmo com os avanços da saúde mental, infelizmente há muitas permanências.

Todavia, a luta antimanicomial não deve estancar diante de desafios, o preconceito para com os portadores de patologias psicológicas não está totalmente erradicado, desse modo essa batalha é diária e de todos, afinal essas pessoas são cidadãos e tem direito de construir sua vida independente das supostas limitações que os transtornos mentais lhe causa, foi por isso que foi promulgada em 1999 a lei 9.867, que corresponde a elaboração de iniciativas que corroborem para o desenvolvimento social e econômico daqueles que por algum motivo sofra interferência em inserir-se no mercado de trabalho, como pode ser visto no Art. III da referida lei:

Consideram-se pessoas em desvantagem, para os efeitos desta Lei: I – os deficientes físicos e sensoriais; II – **os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos**

de hospitais psiquiátricos;III – os dependentes químicos;IV – os egressos de prisões;V– (VETADO) VI – os condenados a penas alternativas à detenção;VII – os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo. (BRASIL, 1999) *grifos da autora*

Essa lei é um estímulo para a promoção da inclusão social para aqueles que estão em desvantagem sócio econômica, e, em especial, para as pessoas em sofrimento psicológico, que em seu caminho de luta contra os tratamentos psiquiátricos tradicional, de caráter desumano, em declínio (de caráter ideológico) desde nos anos de 1970 foram empregados em trabalhos de caráter terapêutico, nos hospitais, ou antes, desde os final do século XIX, foram submetidos a ergoterapia nos hospitais-colônia, o que correspondendo a parte do tratamento, não visava retorno salarial para os mesmo. Tal prática era legitimada por discursos que consideravam o doente mental como incapaz e, por essa condição, não era digno de receber salário, que a exploração da sua mão-de-obra era um favor que lhes faziam em ofertar serviços, mesmo que de graça (AMARANTE, 2007)

Embora os estudiosos em saúde mental considerem que o trabalho traria conforto para o doente mental, e até a possível cura, pois ocupava seu tempo e lhes dava a sensação de utilidade social, a intenção da lei 9.867/199 era dar vistas ao cidadão estigmatizado, que a psiquiatria tentou esconder sob a sigla da “loucura”. A lei tenta promover o empoderamento do sujeito em tratamento psíquico a fim de que ele se torne dono de sua própria vida, as atividades que ele desempenha deixam de ser ocupacionais, ou com prescrição médico e passam a representar sua independência.

Para muitas dessas pessoas a realidade foi dura, elas foram/são abandonadas por seus familiares, amigos, o que torna sua reinserção social árdua. A sobrevivência em manicômios não se mostrou/mostra cotidianamente fácil, além disso, muitos sujeitos considerados recuperados e/ou melhorados, quando recebem alta médica, nem tem para onde voltar, já perderam o vínculo familiar. Neste sentido, foram pensadas/elaboradas estratégias de adaptação para estas pessoas, uma delas como já foi citado diz respeito a criação de oportunidades de empregabilidade, outra estratégia corresponde a serviços que acompanham a volta dos portadores de transtornos psicológicos para suas famílias, e que estiveram reclusos, por longo período em hospitais psiquiátricos,

para que seu regresso a casa familiar não representem uma situação danosa, ou para aqueles que não se adaptem mais as suas casas não fiquem desamparados. De acordo com Paulo Amarante:

No caso do Brasil, por meio da Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, foram instituídos os “serviços residenciais terapêuticos”, destinados aos internos em instituições psiquiátricas por um período de, no mínimo, dois anos. Em que pese o fato de denominar as residências de serviços e, mais grave, de terapêuticos, a iniciativa vem contribuindo para superação de modelos psiquiátrico predominantemente asilar ainda hegemônico. (AMARANTE, 2007, P.89).

Esse serviço assistencial deve contar com uma equipe que acompanhe o usuário em todas as suas necessidades. O espaço de atendimento deve fugir ao modelo asilar, contando com atividades que desenvolvam a independência dos sujeitos atendidos. Ainda como complemento assistencial por parte do Estado, desde 2003, foi instituído um auxílio para essas pessoas com um valor mensal estipulado afim de facilitar a volta para casa dos portadores de transtornos mentais. A lei 10.708 de junho de 2003 tem como escopo estimular a reinserção para essas pessoas que estiveram internas em hospitais psiquiátricos e não obtêm renda.

Há um discursão, que se iniciou no estado de Minas Gerais, acerca da fomentação de Centro de Convivência e Cultura que disponibilizarão para os pacientes com patologias psicológicas a aproximação com cultura, que muitos deles são privados devido ao estereotipo de “invalidez” que lhes é dado. Eles não fazem parte de nenhuma estratégia terapêutica, mas de certa forma auxilia essas pessoas a se reinserir no corpo social, através de viabilização da cultura que os mesmos oferecem por meio da articulação com a rede de atenção psicossocial, elaborando oficinas oportunizando a entrada dessas pessoas na educação, cultura, esporte e lazer¹¹.

A luta antimanicomial é, em sua essência, uma reviravolta de suma importância para o campo da psiquiatria, que por muitos anos tratou a loucura como um mal que assolava o indivíduo destituindo-o de sua razão e atribuindo

¹¹ BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil** - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_nos_Caracas.pdf. Acesso em 03/11/2017.

ao mesmo a condição de perigoso. O movimento antimanicomial levou os pensadores a analisarem as patologias/transtornos mentais partir da perspectiva dos efeitos deletérios ocasionados pelos tratamentos asilares aos quais eram submetidos os sujeitos que sofriam de transtornos mentais.

No que tange as leis que norteiam a construção da cidadania e inclusão social dos sujeitos com transtornos mentais, destacam-se as leis 9.716/1992 de agosto de 1992 (Sul), no Nordeste brasileiro destacam-se as Leis 12.151 (CE) de 1993, e a Lei 11.065 (PE) de 1994. O ano de 1995 foi decisivo para implantação de leis com esse escopo, nesse ano destaque-se a criação das Leis 6.758, instaurada no Rio Grande do Norte no dia 4 de janeiro, a Lei 11.802 em Minas Gerais no dia 18 de janeiro, a Lei 11.189 de 9 de novembro no Estado do Paraná e, por fim, na capital do país, em 12 de dezembro a Lei 975. No ano de 1996 a região sudeste também contribuiu para a reforma brasileira e promulgou a Lei 5.267 (ES) em 10 de setembro daquele ano. (AMARANTE, 2007)

Mas foi na virada do século, precisamente no ano de 2001, que a Lei 10.216, apesar de sofrer com rebatimentos antes de ser oficialmente aprovada, nomeada de Lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil, marcou o início de uma nova vida aos que viveram a mercê de sua doença por anos, era o ecoar do grito daqueles que morreram em manicômios, proclamação de equidade entre os que eram isolados e esquecidos.

A Lei 10.216 dispõe de 13 artigos nos quais que explicitam a garantia de direitos aos indivíduos em sofrimento mental independente de aspectos físicos, étnicos e religiosos, garante a humanização no tratamento e enaltecendo o sigilo por parte dos profissionais que se fizerem presentes, o paciente deve estar ciente de sua patologia e qual os recursos que serão utilizados a partir dali e trata da internação que se utilizada será em último caso sendo consentida pelo paciente, por terceiros ou de cunho judicial. (Brasil, 2001).

Observa-se que apesar do advento de leis específicas, as mesmas ainda apresentam falhas significativas, entretanto, tais leis representam avanços nas garantias dos direitos fundamentais e oportunizam ao cidadão em sofrimento psíquico a obtenção de garantia de trabalho, educação, cultura, por exemplo, o que sugere mais força para rebater os preconceitos que o atinge.

É facilmente concebível que apenas leis não resguardam essas pessoas da ignorância que foi disseminada ao longo da história. Inclusive, a lei 10.216

trata especialmente das questões da internação, sendo que o tratamento asilar deveria, de acordo com a referida lei, ter sido suprimido. Apesar dos avanços trazidos pelas normatizações brasileiras, infelizmente o corpo social possui mantém, em relação ao sujeito com transtornos mentais, uma conduta de caráter excludente e hierárquico. Dito isto, considera-se que, apesar da existência de práticas de exclusão, que se mostram intransponíveis, a luta antimanicomial vem encontrando espaço não apenas pelos que estudam ou trabalham com a saúde mental.

Enfim, após a promulgação da Lei 10.216 realizou-se em Brasília, no ano de 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a mesma teve alcance estimulador no que tange a elucidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contou com um quantitativo numeroso de profissionais, familiares e até das pessoas em sofrimento mental. O objetivo era democratizar os pressupostos da reforma, e avançar naquela luta de promoção de cidadania de seus usuários. A participação dos familiares e da comunidade foi de suma importância, o acompanhamento dos mesmos fortalece a rede de assistência psicossocial, pois eles também são peças fundamentais nos tratamentos psicológicos¹². A manutenção da voz ativa da comunidade na luta antimanicomial auxilia na desconstrução do preconceito estabelecido em torno da doença mental, e faz parte do tratamento, pois com o apoio da família os pacientes que possuem transtornos psicológicos não se veem sozinhos, tal prática tem papel fundamental na desconstrução do preconceito estabelecido socialmente, subsidiando avivamento da equidade entre os indivíduos.¹³

1.4 Avanços e retrocessos no campo da saúde mental brasileira.

Atualmente entendeu-se que é indubitavelmente delicado lidar com pacientes em sofrimento psicológico, mas é possível perceber ainda as raízes

¹²BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil** - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_nos_Caracas.pdf. Acesso em 03 de Novembro de 2017

de discriminação implantadas pelo Rei da França, e mais lamentável ainda se manter viva a ideia de que aprisionar é a melhor solução, no mínimo uma alusão pretenciosa e vaidosa que deveria se deter apenas aos que usam do censo comum, ou seja, aqueles que não possuem conhecimento científico, pois profissionais engajados na desmontagem dos hospícios enxergam o cidadão para além da doença, que ele tem direitos e deveres civis que quebram essa invisibilidade que tentam impor neles.

A Lei antimanicomial, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a instauração da Rede de Assistência Psicossocial, o Programa de Volta Para Casa, o Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com equipe multiprofissional distribuída por região afim de suprir as necessidades de forma equilibrada e atendimento igual, dispõe de agentes que visitam as residências aproximando-se das pessoas investindo na prevenção de doenças e disseminando conhecimento para famílias que pouco sabem de seus direitos e da responsabilidade do Estado para com elas, todas essas iniciativas são assertivas no campo da saúde, da humanização do ser, desconstrói a imagem de uma medicina de receituário e agudiza questões antes postas desconsideradas, é inserir o diferente e trata-lo como igual.

São diversos avanços, no entanto muitos retrocessos em detrimento dos desafios incessantes que o campo da saúde mental acarreta desde sua gênese. A lei 10.216 trazia em seu escopo principal a erosão do modelo manicomial, no entanto em 12 anos de debates no congresso seu projeto inicial foi modificado, e mesmo que em seu texto traga as predeterminações conferidas afim da internação de um paciente em sofrimento mental, há ainda o risco de haver instituições com essa iniciativa devido os pressupostos da saúde mental, que detinha a criminalidade dos mesmos. O Estado tem um papel importante nesse campo, onde têm se um quantitativo considerável de pessoas que necessitam de cuidados diários e cabe a ele garantir acessibilidade plena e regular dos serviços (BRASIL, 2005).

São inúmeras as problemáticas enfrentadas pelo SUS, muitas vezes pela insuficiência de recursos, e os programas direcionados a desinstitucionalização dos pacientes com patologias psicológicas sofrem com esses rebatimentos, ocasionando a falta de recursos para cobrir todo o território nacional, levando a

população a se deslocar de sua região pois a da mesma não dispõe de rede de atenção psicossocial.

Assim como na rede básica de saúde há a luta pela disponibilização de recursos, que humanizem os leitos, promovam atendimentos móvel de urgência com qualidade e que haja a distribuição de forma igualitária de CAPS por todo o território nacional, a educação também encontra-se deteriorada e isso culmina tanto na falta de formação de novos profissionais como na qualificação de profissionais nas escolas públicas de ensino regular, incapacitando que crianças com algum transtorno mental fiquem impossibilitadas de estudar e estanca a promoção de luta pela reinserção social.

A falta de recursos corrobora em problemas no tratamento dos que possuem patologias clínicas psicológicas, por falta de leito apropriado, falta de medicação e falta de profissionais, e isso atinge a qualidade dos serviços ofertados e acaba por transformar o CAPS em mero modelo manicomial, tendo em vista que internam os que entram em crise e após isso só volta na próxima vez que necessitar, foge do objetivo da instituição de tratar, acompanhar e reinserir.

A luta antimanicomial não cessou com a implantação da lei 10.216, muitos foram os danos sofridos por esse contingente da população previamente concebido como incapaz de adaptação das normas sociais, muitas vidas ceifadas e que permaneceram em silêncio durante toda sua trajetória dentro dos hospícios. Mas será que o modelo manicomial foi realmente superado?

Os avanços do campo da saúde mental vão sendo evidenciados lentamente, porém são significativos para os que fazem uso desses serviços. O dia Nacional da Luta antimanicomial tem hoje repercussão expressiva e aquela reflexão que a Segunda Guerra Mundial promoveu nas pessoas, de mais atenção com o próximo em detrimento das milhões de pessoas que perderam suas vidas e dos que perderam seus familiares, ecoa com o passar dos anos com mais vigor, isso ressurgiu na sociedade atual como a quebra da normalidade que tanto queriam encontrar na França pelo Rei e por Philippe Pinel, aquela busca nada mais era que uma tentativa da classe burguesa de enquadramento social, calar os que tinham muito para dizer, mas que por anos tiveram de se calar acometidos por infinitas atrocidades financiadas pelas autoridades que em

vez de lhes assegurar só buscavam fugir do caos que uma possível revolução lhes causaria.

A luta antimanicomial existe e está afincada no objetivo de reduzir os danos que um tratamento errôneo possa ocasionar nos usuários da rede psicossocial e promover a dignidade dos portadores de patologias mentais. Fazem parte dela, os profissionais, psicólogos, médicos, assistentes sociais, enfermeiras, assim como a comunidade e os seus protagonistas os “loucos”, e a lei 10.216 vem ser mola propulsora na inquietação do modo com que os tratamentos asilares eram tidos como essenciais “na busca pela cura da alienação”, hoje é cenário de reflexão crítica e enriquece essa luta de reconstrução do lugar desses na sociedade, inclusive oportunizando uma educação com excelência e adequada aos mesmo, que desde seu nascimento sofrem com a discriminação atrelada a sua patologia psiquiátrica, e são vistos como indivíduos inabilitados de estudar em escolas de ensino regular.

A educação inclusiva percorreu, e percorre até os dias atuais, dificuldades para sua total implementação, desde o estereotipo de debilidade que acompanha as crianças especiais, a falta de comprometimento Estatal que não capacita os professores, nem disponibiliza aparato técnico para as escolas públicas, a insistência em realocar essas crianças em instituições filantrópicas ou especializadas, desconfigurando a ideia de inclusão que é de suma importância na formação desse indivíduo, e a falta de conhecimento destes acerca dos seus direitos, de que é obrigação do Estado disponibiliza-los educação independente de sua condição, raça, gênero, econômica, e de que isso não é uma caridade mas sim direito previsto juridicamente. A educação de jovens com deficiências físicas e mentais é uma luta, assim como a luta antimanicomial, de todos e incessante.

2. DA EXCLUSÃO PARA INCLUSÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS ACERCA DA INCLUSÃO DOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA EDUCAÇÃO REGULAR

Durante muito tempo e em diversas civilizações a deficiência mental e física era tida, pela poderosa influência que as religiões exerciam sobre os homens e mulheres, como algo maligno, que tomava o corpo do indivíduo e que poderia oferecer risco aos demais membros da sociedade. Nas sociedades cristãs, com o surgimento dos discursos da caridade, embasados em pressupostos também religiosos, as deficiências físicas e mentais passaram a serem vistas como forma de alcançar os céus através de atos de benevolência, mas que na verdade tornava mais evidente as desigualdades sociais, de modo que as damas de caridade (viúvas, mulheres das elites econômicas e freiras) se transformavam em espelho de bondade e devoção e aqueles que recebiam seus assistencialismos tornavam-se eternamente gratos e em dívida para com as mesmas (CAPONI, 2000). Enfim, no contexto da idade média, surgiam as primeiras instituições de amparo às pessoas desvalidas e deficientes, inclusive, pessoas consideradas como “alienadas”, eram vistas com benevolência pelos sujeitos considerados normais, o que antes de representar um ato de benevolência, era só uma maneira de afastar aqueles degenerados das cidades e vilas (SILVA, 2009).

Somente na sociedade pós-renascentista o conceito de saúde mental sofreu transformações em relação as ideias instituídas e cristalizadas ao longo da história nas diversas sociedades. Nesse contexto, médicos psiquiatras deram suas contribuições, para derrubar por terra a ideia de que a loucura era uma espécie de castigo divino ou pacto demoníaco que recaía sobre o indivíduo. A loucura passou a ser entendida como patologia clínica, detendo-se os psiquiatras na busca da cura a partir do tratamento asilar (SILVA, 2009; FOUCAULT, 2009).

Considerando que as crianças estavam em formação, houve no contexto dos séculos XVI e XVII o início da inserção de crianças na educação com objetivo de torná-las adultos úteis, a incógnita que restava: será possível educar as crianças que eram tidas como incapazes ou “anormais”?

Somente no século XIX as escolas infantis, notadamente na Europa, ganharam características asilares, de caráter moralizador. Naquele contexto, visando atender a indústria, foram elaborados testes que mediam a capacidade mental das crianças, os chamados testes psicométricos, desenvolvidos pelos psicólogos Alfred Binet e Théodore Simon. A intenção da realização destes testes nas crianças era de definir para qual tipo de escola a mesma seria encaminhada, haviam escolas e instituições especiais que tinham como escopo oportunizar a educação de forma terapêutica para as crianças com patologias psiquiátricas (SILVA,2009).

Apesar de representar um avanço significativo no trato das crianças portadoras de patologias mentais, a exclusão dos “infantis” ainda era evidente, tendo em vista que as crianças normais não poderiam manter contato em sala de aula com aquelas que possuíssem alguma deficiência. A discriminação era sofrida desde a gestação das crianças deficientes, que eram renegadas por seus familiares. É importante observar que o preconceito para com tais sujeitos os acompanhava durante toda sua vida de forma que era privada do convívio social, sendo muitas vezes aprisionadas nos quartos dos fundos das casas dos familiares ou enviados para instituições asilares, num gesto de banimento.

No contexto do século XIX várias contribuições surgiram acerca do tema, pois o mesmo possuía complexidades e urgência, tendo em vista os longos anos de exclusão que os acometidos por deficiência física e mental sofreram e sofriam. Era nítida a necessidade de educar as crianças “anormais”. Com esse escopo o psicólogo russo Lev Vygotsky, estudou as especificidades dessas crianças e suas capacidades, elaborou estudo nomeado de defectologia (SILVA,2011).

A defectologia estudava a criança e as peculiaridades de sua deficiência afim de realizar ações programadas para auxiliar no seu desenvolvimento, dando-lhes a oportunidade de atuar em todas as atividades para que ela mesma soubesse em qual se sairia melhor, sem lhes engessar as suas limitações. Propiciar a inclusão das crianças com patologias psiquiátricas nas escolas regulares ofereceria a elas a busca de se reconhecer e reconhecer suas deficiências, oportunizava a ela lidar com seus limites e desenvolver habilidades que a ajudasse no convívio com o corpo social e com ela mesma (SILVA, 2011).

Os estudos de Vygotsky contestavam o método de aprendizagem utilizada até então, tendo em vista que para ele as crianças com deficiência física e mental deveriam conviver com as outras de sua idade, isso representava um método excelente de desenvolvimento para ela. Notadamente no que tange as crianças acometidas com patologias mentais, o psicólogo russo contestava a forma como era atribuída às mesmas a condição de incapacidade, a ideia de que tais crianças era incapazes de controlar sua própria vida por não serem capazes de desenvolver-se ou sair daquele estado de “demência”. Enfim, Vygotsky acreditava que cada indivíduo possuía suas particularidades e que a forma de lidar com cada um deveria ser individualizada (SILVA, 2011).

Por todo o mundo foram engendradas instituições assistenciais que atendessem crianças com deficiências físicas, motoras e mentais. Cabe destacar Portugal como polo disseminador destas instituições, que em 1916 se tornou o Centro Orientador e de Propaganda Técnica do Problemas de Saúde Mental e Infantil, em 1960 a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (SILVA, 2009).

A luta antimanicomial e o desvelamento de direitos conscientizaram aqueles que lidavam cotidianamente com pessoas com patologias psiquiátricas a partir de meados do século XX. Os defensores da reforma psiquiátrica questionavam a segregação na qual se encontravam os portadores de deficiência mental. As instituições de educação terapêutica tinham custos elevados o que não oportunizavam todas as classes a disponibilizar de seus atendimentos, a sociedade e profissionais engajados na saúde mental buscavam respostas do Estado para promoção de uma educação inclusiva e eficiente que trouxesse consigo o compromisso de direcionamento individual com o objetivo de melhor atender as necessidades de cada indivíduo com deficiência.

Na Dinamarca por volta do século XX foi instituído o conceito de normalização que objetivava que os deficientes mentais poderiam dispor de direitos que lhes aproximassem do cotidiano de uma pessoa normal, de acordo com seu idealizador Bank Mikkelsen e, mais tarde, por Bengt Nirje. (Silva, 2009). A normalização possibilitaria o avanço de desenvolvimento das crianças e adolescentes com patologias psiquiátricas, a aproximação com o meio social, lhes proporcionaria a dignidade retirada pelo estereótipo de incapacidade que lhes era atribuído desde longa data (SILVA, 2009).

O princípio da normalização enveredou por outros países e contribuiu para aplicação da educação inclusiva, como por exemplo na América do Norte em 1950 onde as crianças diagnosticadas com deficiências mentais e com limitações de aprendizado poderiam frequentar escolas de ensino regular. Foi, entretanto, nos Estados Unidos que surgiu a primeira de lei que viabilizava a crianças e adolescentes o direito de frequentar escolas regulares públicas, com ensino individualizados que oportunizassem avanços no aprendizado. A referida lei foi nomeada de Public Law 92-142.

Esta lei prevê que as crianças com deficiência e os adultos de 3 a 21 anos sejam educados no "ambiente menos restritivo" na medida máxima apropriada, o que significa que eles são educados com crianças que não são deficientes e que classes especiais, escolas separadas ou outra remoção de crianças do seu ambiente educacional regular ocorre apenas quando a gravidade da deficiência é tal que a educação nas aulas regulares não pode ser alcançada¹⁴.

O processo de inclusão das crianças com necessidades especiais na educação atendia a uma preocupação de vários setores da sociedade, tais como: familiares, profissionais de saúde, educadores e população em geral. É importante observar que a saúde mental não se limitava apenas aos profissionais da área da saúde, aliás a luta antimanicomial, até os dias de hoje, é uma causa de suma importância que deve ser alavancada por todos.

A priori, acreditava-se que a inserção de crianças com patologias psiquiátricas nas escolas regulares representava que aquele aluno iria encaixar-se naquela sala de aula sutilmente, afim de acompanhar o conteúdo estipulado para aquela turma. Seguindo tal perspectiva, o que se observou foi uma inclusão que excluía, tendo em vista que tais crianças, por disporem de dificuldades na absorção de conteúdos, não apresentaram avanços na aprendizagem e aquela tarefa de estar ali, mesmo que integrado ao contexto social, se tornava fadada e sem relevância (SOUSA,2013).

Era necessário modificar as configurações curriculares de modo que desse suporte aos professores, profissionalizando-os. Nesse sentido, era fundamental o apoio estatal para equipar a escola de maneira a aprimorar o trabalho dos profissionais da educação, de forma que os mesmos pudessem

¹⁴ Disponível em <https://www3.nd.edu/~rbarger/www7/pl94-142.html>. Acesso em 23 de Novembro de 2017

contar com a participação de profissionais como psicólogos, psicopedagogos e a família (SILVA, 2009).

Portugal como sempre se destacando no aparato pedagógico de crianças com necessidades especiais de educativas, estabeleceu decretos de leis importantes para a educação inclusiva, publicou em janeiro de 1987 o DL 3/87¹⁵, em 25 de janeiro de 1990 o DL 35/90¹⁶, e em 23 de agosto de 1991 o DL 319/91¹⁷. Todos os documentos supracitados valorizavam a educação que primava a oportunidade de aprendizagem às crianças diagnosticadas com deficiências físicas e mentais, desde o espraiamento dos serviços ofertados pelo ministério da educação e cultura, tornando tangível a todas as regiões. Enfim, a política inclusiva de Portugal buscava alargar as chances dessas crianças com deficiências obterem o ensino básico nas instituições públicas e privada.

As crianças com patologias psiquiátricas e físicas teriam a chance de se relacionar com as crianças ditas normais, apesar do rastro de preconceito atribuído a todos que não possuíam o padrão eugênico, que vislumbrava a perfeição nas pessoas, e dos preceitos religiosos que não reconheciam essas pessoas como indivíduos comuns. Era de extrema relevância o contato social destas crianças desde cedo com outras, isso implicava na libertação de suas amarras pessoais e no fim da ideia pré-concebida que essas pessoas eram incapazes/anormais e limitadas em relação a outras crianças (SILVA,2009).

Com o movimento de inclusão da pessoa com deficiência física e mental em disseminação por diversos países, em meados dos anos 80 surge o Regular Education Initiative, que buscava sanar possíveis desajustes na aprendizagem de crianças que encontravam dificuldade em acompanhar o padrão curricular ofertado, a Secretária de Educação dos Estados Unidos e idealizadora desse movimento, Madeleine Will, propôs que houvesse disponibilidade dos alunos especiais, acompanhados pelos seus educadores individuais e depois de um estudo aprofundando seus necessidades, participassem das salas de ensino regular (SILVA, 2009)

¹⁵Disponível

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/search/599716/details/maximized?filterEnd=1987-131&sort=whenSearchable&filterStart=1987-01> Acessado em 23 de Novembro de 2017.

¹⁶ Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/4481/decreto-lei-35-90-de-25-de-janeiro> . Acessado em 23 de Novembro de 2017

¹⁷ Disponível em: <http://www.uma.pt/nunosilvafraga/wp-content/uploads/2008/01/dl319-91-1.doc> Acessado em 23 de Novembro de 2017.

Portugal também participa desse movimento de inclusão, tendo em vista que engendrou ideias de educação inclusiva desde 1997, e reafirma sua luta pela promoção de direito da educação judicialmente. Também foram criadas Unidades de Atendimento especializadas para alunos com necessidades especiais. Tais unidades foram criadas norteadas pelo Decreto de Lei N° 3/08, publicado em 7 de janeiro de 2008, tendo como princípios sanar a segregação dentro das escolas, no que tange alunos com e sem deficiência:

1 - A educação especial prossegue, em permanência, os princípios da justiça e da solidariedade social, da não discriminação e do combate à exclusão social, da igualdade de oportunidades no acesso e sucesso educativo, da participação dos pais e da confidencialidade da informação.

2 - Nos termos do disposto no número anterior, as escolas ou os agrupamentos de escolas, os estabelecimentos de ensino particular com paralelismo pedagógico, as escolas profissionais, directa ou indirectamente financiados pelo Ministério da Educação (ME), não podem rejeitar a matrícula ou a inscrição de qualquer criança ou jovem com base na incapacidade ou nas necessidades educativas especiais que manifestem.

3 - As crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente gozam de prioridade na matrícula, tendo o direito, nos termos do presente decreto-lei, a frequentar o jardim-de-infância ou a escola nos mesmos termos das restantes crianças.

4 - As crianças e os jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente têm direito ao reconhecimento da sua singularidade e à oferta de respostas educativas adequadas.

5 - Toda a informação resultante da intervenção técnica e educativa está sujeita aos limites constitucionais e legais, em especial os relativos à reserva da intimidade da vida privada e familiar e ao tratamento automatizado, conexão, transmissão, utilização e protecção de dados pessoais, sendo garantida a sua confidencialidade.

6 - Estão vinculados ao dever do sigilo os membros da comunidade educativa que tenham acesso à informação referida no número anterior (PORTUGAL, 2008).

Essas unidades de atendimento especializados fomentadas em Portugal, tem o real sentido de promover inclusão social, no entanto o processo de inclusão visa a equidade de direitos assim como de espaços, desta forma o que vimos até aqui foram intenções de inclusão paliativas e falhas pois ofertavam uma educação - que é de direito de todos os cidadãos, independente de condição física e mental, etnia e gênero-, que não os inseria por completo ao

convívio junto daquelas crianças, que segundo pressupostos divinos, são tidos perfeitos/normais. O fato de especializar profissionais e criar ambientes exclusivos não promove a educação inclusiva, apenas robustece o discurso Estatal de filantropia (SILVA, 2009).

O processo de inclusão social é bastante significativo na luta antimanicomial, assim como a Reforma Psiquiátrica que buscou em toda sua trajetória extinguir as mazelas nas quais pessoas diagnosticadas com patologias psiquiátricas era submetidas, esse processo buscava derrubar as barreiras criadas pelos ditos normais em não aceitar o diferente, em excluí-los pelo fato deles não se encaixarem nos padrões estabelecidos socialmente, esquecendo que a cooperação de todos é parte do tratamento e melhoramento desses indivíduos. É importante observar que as pessoas que desenvolvem problemas de cunho psiquiátrico podem ter sua independência e conforme estabelece a lei brasileira 10.216 devem ser tratados como qualquer outra pessoa comum, ter seus direitos assegurados (BRASIL, 2001).

Um representativo avanço para inserção das crianças com deficiência nas escolas, um marco importante para a educação inclusiva foi a Declaração de Salamanca. A mesma defendia a ideia de que a criança e/ou o adolescente com deficiência física e/ou mental. Segundo o referido documento, independente da deficiência, a criança e/ou adolescente era acima de tudo um indivíduo e capaz de dispor de seus direitos. A educação é um dos direitos que deve gozar qualquer criança e/ou adolescente. Vejamos.

2.1 Declaração de Salamanca

Durante o processo de criação da educação inclusiva muitos debates aconteceram, o que envolveu não apenas representantes políticos de diversos países, mas também grupos de profissionais da educação e da saúde, assim como familiares que buscavam instituir o direito das crianças com deficiências físicas e/ou mentais em dispor de um ensino de qualidade. Em 1990 foi construída, na Tailândia, a Declaração Mundial sobre Educação para Todos. A referida declaração além de fazer um levantamento sobre a quantidade de

peças fora da escola e buscava universalizar a educação satisfazendo as necessidades de todos¹⁸.

Depois disso, houveram outros fóruns internacionais que promoviam a busca pela equidade de direito de aprendizado, como a Declaração de Madrid, instituída em 2002, que trazia em suas vertentes que as pessoas com deficiência deveriam serem vistas como indivíduos capazes e, desta forma, possuir direitos e deveres como os demais cidadãos, ditos normais¹⁹.

Dentre os documentos de maior destaque sobre a educação inclusiva, o que alcançou maiores proporções, até os dias de hoje, foi engendrado em terras hispânicas, mais precisamente, em Salamanca. Em 1994, a cidade de Salamanca sediou a Conferência Mundial de Educação Especial, os participantes elaboraram um documento que reafirmava a necessidade dos Estados em promover uma educação que alcançasse a todos, inclusive os portadores de patologias físicas e mentais. Entre os objetivos da Conferência destaca-se a necessidade de assegurar e solidificar o compromisso mundial com uma educação que correspondesse as necessidades de cada indivíduo, dispondo de equipe técnica preparada e aparelhos que auxiliassem no cotidiano escolar, pois “toda criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem” (SALAMANCA, 1994).

A Declaração de Salamanca ratificava os reais objetivos da educação inclusiva, que era de equidade social em todos os níveis, além de derrubar a ideia de incapacidade das pessoas com deficiência, o que, tendo se passado mais de duas décadas, ainda representa resistência dentro das escolas, por parte dos profissionais que fazem parte da equipe técnica e administrativas das escolas (SILVA, 2009).

Ora, basta considerar que o receio de lidar com as diferenças de cada indivíduo já se mostra uma tarefa árdua, agora eles, os profissionais de educação, teriam que lidar com o atípico, com o “anormal”, sem dispor de conhecimentos técnicos/operativos, pela falta de formação acadêmica adequada

¹⁸Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>. Acesso em 23 de novembro de 2017

¹⁹ Disponível em <http://www.faders.rs.gov.br/legislacao/6/33>. Acesso em 23 de Novembro de 2017

que integralizasse capacitação para lidar com pessoas que requerem ações adequadas para sua individualidade, e quanto a isso a Declaração de Salamanca evidencia que deve haver o comprometimento estatal para equipar as escolas e capacitar suas equipes. O documento elaborado em Salamanca também estabelece em seu terceiro ponto: “atribuam a mais alta prioridade política e financeira ao aprimoramento de seus sistemas educacionais no sentido de se tornarem aptos a incluírem todas as crianças, independentemente de suas diferenças ou dificuldades individuais” (SALAMANCA, 1994).

Na Declaração de Salamanca a educação inclusiva vai para além da instituição escola e devem ser estabelecidas estratégias e o compromisso, em conjunto com a comunidade e familiares, com a derrubada do preconceito, atitudes vexatórias dentro de suas instalações tanto da equipe técnica, quanto do alunado, e que haja disponibilização de projetos que possibilitem o intercâmbio entre escolas (SALAMANCA, 1994).

Finalmente, essa declaração foi fruto de esforço daqueles que acreditavam que a educação escolar não deveria se tornar um processo conflitante para quem não se enquadrasse em padrões físicos e biológicos estipulados socialmente, contribuindo para uma educação de qualidade que atingisse a todos os cidadãos.

2.2 Educação Inclusiva no Brasil

Assim como a luta antimanicomial chegou ao Brasil através de influências internacionais, a efetivação do direito à educação de fácil acesso e condições dignas, para todo e qualquer cidadão, independente de suas condições físicas, mentais, gênero, idade etc., também foi influenciada pelos organismos internacionais, citados anteriormente. Apesar disso, a implementação das políticas educacionais de inclusão sofrera rebatimentos, tanto dos gestores municipais, estaduais e federais, como de gestores da educação, docentes e discentes, configurando-se a inclusão na educação brasileira um processo lento.

A priori o princípio da educação inclusiva no Brasil possuía os mesmos mecanismos de “incluir excluindo” nos moldes em que era implementada em outros países, pois aqueles que eram portadores de patologias mentais e físicas também eram tidos como incapazes, tornando-se alvo do assistencialismo

anódino, ou seja, implementava-se uma caridade imbricada em moedas de troca.

Em 1994 com a instituição da Declaração de Salamanca, cuja contribuição foi indubitavelmente importante para a inserção das crianças e/ou adolescentes com deficiência nas escolas de ensino regular, de forma que os mesmos dispusessem do direito de se tornarem partícipes integrais nas salas de aulas, tal como acontecia com os demais alunos que não possuíam nenhuma deficiência; atuando em conjunto nas tarefas escolares. Esse processo de conscientização, atrelado à incumbência de cumprimento do direito à educação, respingou em todos os países, inclusive no Brasil (SALAMANCA, 1994), de modo que a Lei de Diretrizes da Educação Básica Nacional, de 20 de dezembro de 1996, é taxativa quanto a este direito.

Entre seus objetivos a LDB/1996 evidenciava a importância da educação como mola propulsora de um cidadão digno, trazendo em seus princípios a igualdade, a pluralidade, a gratuidade e a qualidade. Em seu quinto capítulo estava descrito as determinações que deveriam ser tomadas pelas escolas regulares quanto a inserção, que era obrigatória, de “educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação” (BRASIL, 1996.)

A lei 9.394/96 possuía lacunas importantes quando se referia ao apoio as escolas especiais, sugerindo a disponibilização de aparato Estatal para as mesmas afim de aprimorar a aprendizagem de alunos especiais caso eles não obtivessem a adaptação necessária nas escolas regulares (BRASIL, 1996).

É importante observar que apesar desse marco legislativo, a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, já estabelecia que era inaceitável qualquer forma de discriminação, a mesma deixa claro isso em seu Art. 3º, quando afirma ser objetivo da República brasileira,

IV - Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Na Constituição Federal do Brasil também é atribuído o direito do valor da dignidade da pessoa humana, e da cidadania (BRASIL, 1988). Nesse sentido, partindo da premissa de que o país já possuía uma constituição que estabelecia

a ideia de cidadania de todos os cidadãos, e atrelada a Declaração de Salamanca em meados dos anos de 1990 foi elaborada a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.

A referida Política partia do pressuposto de erradicar a discriminação, considerando que de início a alfabetização/ acesso à educação era privilégios de poucos, das classes mais favorecidas economicamente, e apesar dos avanços da educação no país, no contexto dos anos 1990, ainda era pouco, ou quase nada, possível a inserção de jovens com patologias mentais e/ou físicas nas escolas²⁰.

A Política Nacional de Educação Especial possuía o mesmo escopo de universalização da educação da Declaração de Salamanca, porém as mudanças, no que tange a acessibilidade, foram pouco significativas, vindo a serem ampliadas após a criação do documento de Salamanca, na LDB de 1996, já referida anteriormente. Desta feita, em 2001, foi estabelecida a RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 2, que significou mais uma conquista para a educação inclusiva brasileira.

A CNE/CEB 2/2001 esmiuçava a necessidade de adequar as escolas regulares afim de promover a aprendizagem dos alunos portadores de deficiência. Em seu artigo 3º está evidenciado a obrigação do Estado de dispor de recurso e equipe para receber essas crianças:

Art. 3º Por educação especial, modalidade da educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica (BRASIL, 2001).

Todas essas conquistas na educação inclusiva ocorreram simultaneamente as conquistas na luta antimanicomial. A CNE/CEB 2/2001, foi

20

Disponível

em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=30192. Acesso em 23 de Novembro de 2017

instituída meses depois de criada a Lei 10.216/2001 que prioriza os direitos das pessoas portadoras de patologias mentais, no que tange o tratamento e derrubada de atos discriminatório. Enfim, com a criação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira e, em seguida, da implementação da Resolução CNE/CEB 2/2001 acreditava-se que haveria uma mudança em relação as condições de submissão e sofrimento a que estiveram submetidos os portadores de enfermidades mentais, vistos como portadores de um mal divino e deturpadores da ordem.

Não se pode perder de vista que a educação inclusiva se disseminou no país mediante as conquistas alcançadas em conjunto, por profissionais em saúde mental, educadores e familiares, que enxergavam aquelas crianças fora da sua deficiência, vislumbrando os limites instituídos culturalmente, como obstáculos a serem vencidos. Dito isto, o Ministério da Educação imbuídos na luta pela propagação da garantia dos direitos das pessoas com deficiência, elaborou, em 2003, o ***I Seminário Nacional Formação de Gestores e Educadores do Programa de Educação Inclusiva: Direito à Diversidade***. Nesse seminário foram discutidas várias questões acerca do assunto e criou-se o *Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade*.

O objetivo principal do referido Programa era construir um sistema de educação inclusiva, acessível e que auxiliasse na evolução dos alunos com necessidades especiais, e na capacitação dos professores e da equipe que forma a escola pública. (BRASIL, 2005)²¹. O programa buscava alcançar mais de 85% dos municípios brasileiros, mantendo a parceria com seus gestores, desse modo, em 2004, disseminou suas ações promovendo a capacitação de profissionais da educação e, no ano seguinte, em 2005, realizou o II Seminário Nacional Formação de Gestores e Educadores do Programa a Educação Inclusiva: Direito à Diversidade (BRASIL, 2005)²².

²¹ Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/orientador1.pdf>. Acesso em 27 de Novembro de 2017

²² Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/orientador1.pdf>. Acesso em 27 de Novembro de 2017

A partir de 2008, o Ministério da Educação pareou os dados do Benefício de Prestação Continuada (BPC)²³, com o número de menores de idade com algum tipo de deficiência que recebiam o benefício fora da escola e tornava obrigatória sua matrícula em escolas de ensino regular da rede pública. Era a continuação do *Programa a Educação Inclusiva: Direito à Diversidade*, mas agora partia com outra configuração, e nomenclatura, passando a se chamar BPC na Escola. O objetivo de incidir na garantia de direitos e na inclusão era o mesmo, tendo em vista que:

Além do pareamento de dados, o BPC na Escola realiza a formação de grupos gestores estaduais para que sejam multiplicadores e estejam aptos a formar outros gestores nos municípios que aderiram ao programa. A formação aborda temas sobre educação inclusiva, acessibilidade e direitos das pessoas com deficiência. Desde o final de 2008, os municípios que aderiram ao programa estão realizando pesquisa domiciliar para a identificação das barreiras que impedem o acesso e a permanência na escola dos alunos com deficiência, beneficiários do BPC. (BRASIL, 2008)²⁴.

Era mais um artifício de inclusão nas escolas públicas, no entanto, os dados foram pareados observando-se que há a ausência de alunos portadores de necessidades especiais, mas de fato qual era o real motivo dessa ausência?

É de conhecimento de todos que estão à frente da luta antimanicomial as diversas dificuldades da aceitação por parte das pessoas ditas normais para com quem é rotulado como “louco”, a ideia de incapacidade e a exclusão é notória. Apenas obrigar que as escolas recebam essas pessoas sem equipá-las, fará somente aumentar os estigmas da exclusão e preconceitos, pelo fato da pessoa com deficiência, muitas vezes, ou não acompanha os progressos dos demais alunos, ou pelo fato de o professor, em sala de aula, não repassar o conteúdo de forma que se adeque as necessidades daquele indivíduo, que se torna apenas mais um número nas estatísticas. Nesse caso é preciso observar que

²³ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um programa da grade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ele tem como objetivo disponibilizar mensalmente uma quantidade monetária para a promoção de uma vida minimamente digna. O programa é disponibilizado para idosos de mais 65 que não recebem nenhum benefício da Previdência Social, assim como deficientes clinicamente diagnosticados impossibilitados de trabalhar e com renda familiar inferior a ¼ do salário mínimo. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/beneficio-bpc> Acessado em 25 de novembro de 2017

²⁴ Disponível em <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12291>. Acesso Em 18 de Novembro de 2017.

quantidade de alunos em sala de aula não representa qualidade da educação ofertada. No Brasil muitos avanços ocorreram nesse campo, mas em meio a diversos retrocessos, o que é tema do próximo item.

2.3 Dificuldades da Implementação da Educação Inclusiva no Brasil

Por muitos anos a inclusão da pessoa com deficiência nas escolas foi tido como algo inalcançável. Como era possível que crianças cheias de limitações, que necessitam de ajuda até para se locomover, em determinados casos, poderiam aprender a ler e escrever?

A deficiência era algo que tornava o ser débil e incapaz de se relacionar com o corpo social, e essa ideia era difundida até entre os familiares, que aprisionavam seus filhos deficientes dentro de casa. Mas essa realidade se modificou com muita luta.

A educação inclusiva não se reserva apenas a colocar crianças com alguma deficiência física e mental junto às crianças ditas normais, sem nenhuma capacitação dos profissionais, sem nenhuma mudança curricular, só esperando que elas sigam as outras sem nenhuma manobra complementar (SOUSA,2013).

Após a iniciativa do MEC em instituir o Programa BPC na Escola em 2008, no mesmo ano foi afirmado o compromisso do Estado em assegurar as crianças portadoras de deficiência física e mental o Atendimento Educacional Especializado (AEE). O público alvo do AEE são as crianças especiais. Partindo do pressuposto de que o aluno não era obrigado a se adaptar a escola, mas de que a escola se adaptaria às necessidades dos alunos, seriam implantados serviços destinados a esses, capacitando professores, assim como auxiliando os pais e a comunidade em geral na inclusão e adaptação escolar das crianças com necessidades educacionais especiais²⁵.

O AEE estabelece uma parceria com a Assistência Social e a Rede Pública de Saúde, visando que as crianças com necessidades educacionais

25

Disponível

em:

http://www.pmpf.rs.gov.br/servicos/geral/files/portal/AEE_Apresentacao_Completa_01_03_2008.pdf. Acesso em 27 de Novembro de 2017

especiais sejam introduzidas desde cedo nas escolas afim de que seja promovido maior aproveitamento escolar e que ela cumpra sua vida escolar com crianças da mesma faixa etária. O AEE busca implementar nas escolas recursos técnicos que auxiliem no cotidiano dos alunos e dos professores²⁶.

A implantação tecnológica é de suma importância para esse processo de aprendizado das crianças especiais, porém nem sempre o que está transcrito no papel/nas leis se aplica na prática. Muitas escolas não contam com a cobertura Estatal para dispor de recursos. Em alguns casos, quando existem os recursos técnicos, os profissionais não são capacitados para utilizá-los, tornando-se irrelevante o investimento em tais materiais (SOUSA, 2013).

Finalmente, em 2011 foi aprovado o Decreto N° 7.611, o mesmo afirmava as responsabilidades do Estado no aparato das crianças com deficiências física e mentais, inclusive na adequação arquitetônica, técnica e didática como vem dizer o Art. 5º, § 2º, daquele documento:

- I - aprimoramento do atendimento educacional especializado já ofertado;
- II - implantação de salas de recursos multifuncionais;
- III - formação continuada de professores, inclusive para o desenvolvimento da educação bilíngue para estudantes surdos ou com deficiência auditiva e do ensino do Braille para estudantes cegos ou com baixa visão;
- IV - formação de gestores, educadores e demais profissionais da escola para a educação na perspectiva da educação inclusiva, particularmente na aprendizagem, na participação e na criação de vínculos interpessoais;
- V - adequação arquitetônica de prédios escolares para acessibilidade;
- VI - elaboração, produção e distribuição de recursos educacionais para a acessibilidade; e
- VII - estruturação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de educação superior. (BRASIL, 2011)

Assim como está descrito no decreto N° 7.611/11, “garantia de um sistema educacional inclusivo em todos os níveis, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades” (BRASIL, 2011); é dever do Estado oportunizar uma educação universal promovendo a igualdade dos indivíduos. As iniciativas tomadas pelo Estado são válidas, mas possuem lacunas consideráveis, conforme afirma Larley Pereira de Sousa (2013), assim é dever de cada cidadão

lutar pelos seus direitos. A propósito, não há necessidade de ser portador de alguma deficiência para lutar pela educação inclusiva. Assim como essa, a luta antimanicomial também é dever de todos, está previsto na Constituição Brasileira, promulgada em 1988, a cidadania, ou seja, a igualdade de direitos. Portanto, quando o cidadão se cala corrobora nas iniciativas estatais paliativas, manobras neoliberais que são utilizadas sabiamente pelo Estado para maquiar a realidade injusta e enalçada à desigualdade.

A educação é um direito e não um assistencialismo embasado na filantropia. A educação inclusiva é desafiadora tanto pelo fato de ter que atingir todo o território nacional, e em alguns casos isso se torna algo conflitante, mas também por precisar de um investimento econômico, cultural, político, enfim, social, minimamente alto, porém é direito e deve ser cumprido de forma gratuita e com excelência.

3. ANÁLISE SOBRE PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA PARA CRIANÇAS COM DIFICULDADES NA APRENDIZAGEM NO SERTÃO DA PARAÍBA

Como pode-se analisar até aqui, a Reforma psiquiátrica teve reflexos também na educação, muitos dos desafios diários e de intolerância que os portadores de patologias psicológicas enfrentam são engendrados desde sua concepção e os segue por toda sua vida.

O desafio da educação inclusiva percorre décadas e o preconceito está introjetado num sistema econômico que exclui aqueles que são considerados inúteis, e isso reflete na vida social e impede que crianças portadoras de patologias psicológicas tenham a oportunidade de possuir uma educação adequada. Mas está disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente desde 1990, o direito de plena participação de crianças portadoras de qualquer tipo de deficiência na rede pública de ensino, de acordo com seu Art. 54 “III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;” (BRASIL,1990)

O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que a criança e/ou adolescente tem os direitos de cidadania, inclusive, no que tange a disponibilidade dos mesmo de gozar de uma educação equitativa. Este documento é reforçado pela Declaração de Salamanca que propõe a facilitação da criança laudada com deficiência na escola. (BRASIL,1990; SALAMANCA,1994)

A pesquisa que respalda este trabalho foi realizada na rede pública de ensino da cidade de Sousa, no estado da Paraíba. A cidade de Sousa está localizada a 438km da capital do Estado, João Pessoa. Segundo dados do IBGE, Sousa é o sexto município mais populoso do estado.²⁷

A pesquisa foi realizada com profissionais da educação da cidade, que comporta atualmente salas de AEE de níveis municipais e estaduais, no entanto, o alvo da mesma não se direcionou apenas para escolas que dispusessem de salas com AEE, o escopo principal era fazer uma breve análise da estrutura técnico operativa da escola de ensino regular pública, e se a mesma predispõe de infraestrutura e recursos técnicos e humanos para atender alunos com algum

²⁷<http://www.sousa.pb.gov.br/> .Acesso em 20 de Fevereiro de 2018.

tipo de transtorno psicológico, recursos que visem/viabilizem a inclusão e o acesso a um ensino de qualidade, tendo em vista que, como já foi citado anteriormente o Estatuto da Criança prevê o direito a educação digna a todas as crianças. De acordo com o Art.53º do referido documento, “a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes” (BRASIL, 1990). Ainda no Art. 53º, estabelece que o Estado deve oferta-lhe “V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência” (BRASIL,1990). Considerando o exposto entende-se que a cidade de Sousa não atende ao que está previsto no Estatuto, possuindo um número mínimo de escolas que atende a essa demanda, considerado insuficiente para comportar todas as crianças com dificuldade na aprendizagem, ou seja, mais um desafio no cotidiano dos que não se adequam aos padrões eugênicos (MIRANDA, 2009).

O eixo temático do presente trabalho é de suma importância por tentar analisar, mesmo que parcialmente, se as leis implementadas são suficientes para garantir a inserção de crianças com transtornos mentais nas escolas.

Em momentos anteriores da história, a educação inclusiva surge como forma de integrar os alunos com transtornos mentais de forma superficial na rede de ensino, acreditava-se que, de fato, eles não aproveitariam em nada as atividades curriculares e os mesmos deveriam fazer parte de escolas especiais, de forma que pudesse explorar o potencial singularmente, ou seja, de acordo com suas limitações, mas isso não era suficiente para transcender a exclusão ativa para com os portadores de transtornos mentais. É o que vem dizer Cristina Batista:

Entendia-se que esses alunos necessitavam de condições escolares especiais o que incluía currículos e ensino adaptados, número menor de alunos por turma, professores especializados e outras condições particulares de organização pedagógica do processo educacional. Assim sendo dada a essa composição específica, a escola especial sempre enfrentou o impossível: substituir adequadamente o compromisso da escola comum. Por sua vez, a insistência em buscar uma substituição impossível, foi descaracterizando-a e impedindo-a de construir uma identidade própria, no correr dos tempos. O advento da inclusão escolar denunciou nitidamente essa impossibilidade, provocando muitas dúvidas sobre o papel da escola especial e até mesmo sobre a sua continuidade. Já com o movimento da

integração escolar isso não aconteceu de forma tão categórica. (BATISTA,2006, p. 8)

A educação é entendida como algo que tirará o sujeito da ignorância, lhes dará a condição necessária para comunicar-se socialmente, a partir dela o homem começa a entender e responder ao ordenamento social e como seria possível ensinar a ordem vigente aqueles que eram tidos como desordenadores sociais, incapazes de corresponder as regras.

Esse foi um desafio enfrentado pela escola comum ao comportar crianças com necessidades de aprendizagem especial, mas, talvez pelo modelo repressor dessa instituição, pela forma de enquadramento usada, que torna impossível acolher pessoas com característica e necessidades de aprendizagem diferentes, e essa dificuldade é afincada cotidianamente pelos profissionais que compõem esse núcleo e, principalmente, pelos professores que não dispõem de nenhuma capacitação que os prepare para isso (BATISTA, 2006).

A problemática da escola regular que inclui excluindo não se limita apenas a ausência de iniciativas estatais para capacitação profissional, há também impasses no que tange a colaboração da família, a junção de órgão na assistência dessa criança, na disposição de instituições que possuam capacidade de oferta-lhes não só atividades em classes, mas, para além do ensino ultrapassado, que apenas acirra a competição entre os alunos, e foi nessa perspectiva que essa pesquisa foi estruturada.

2.4 Percurso Metodológico

A coleta de dados foi realizada na cidade de Sousa-PB, por meio de entrevistas temáticas e semiestruturadas, por meio das quais buscou-se entender quais os avanços e retrocessos da educação inclusiva naquela cidade, e qual a importância dessa inserção na vida dos que possuem alguma dificuldade na aprendizagem por possuir algum tipo de transtorno mental.

A pesquisa foi realizada na Escola Estadual de Ensino Fundamental Bento Freire de Sousa, localizada na Rua Joaquim Pinto Neto, N° 2 – Bairro Estação – CEP: 58803-339, a mesma oferta educação para crianças do 1° ao 9° ano, nos períodos matutino e vespertino, e no período noturno predispõe do EJA

(Educação de Jovens e Adultos). Outro campo de pesquisa foi a Escola Municipal de Ensino Fundamental Maria Aurita da Silva, localizada na Rua Conego Jose Viana, N° 35 – Bairro Centro – CEP: 58803-160, conta atualmente com educação infantil e ensino fundamental do 1° ao 6° ano, nos períodos matutino e vespertino, ela é uma das escolas da rede municipal que conta com a sala de AEE. As entrevistas também foram feitas na Secretaria Municipal de Educação, situada na Rua Jose Paiva Gadelha, Bairro Gato Preto – CEP: 58801-620.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais que atuam de frente com a realidade de inclusão que exclui do sistema público de ensino, e os dados coletados foram analisados criticamente afim de identificar as barreiras institucionais e recorrentes no que concerne a efetivação da Declaração de Salamanca e a Lei 10.216/01 na educação da cidade de Sousa- PB.

As entrevistas foram realizadas oralmente e analisadas acordando os princípios críticos da dialética marxista. A pesquisa resguarda os princípios éticos do pesquisador de acordo com a Resolução CNS 466/12, que zela pela idoneidade moral dos que participarem de pesquisas científicas, os protegendo caso haja comprometimento danoso de sua dignidade durante a pesquisa (BRASIL,2012), e sem ultrapassar o Código de Ética do Serviço Social e o Projeto Ético Político da profissão, obedecendo assim o sigilo profissional. Desse modo com o intuito de evitar possíveis riscos de constrangimento aos que cederam as entrevistas, suas identidades serão omitidas, serão identificados apenas por Entrevistado1, Entrevistado2 e Entrevistado3.

3.2 Experiencias da educação inclusiva em escolas da rede regular de ensino de Sousa-PB

Nas duas escolas visitadas foi confirmado a presença de crianças com dificuldades na aprendizagem, tais se apresentam de forma laudada e as que não possuem laudo anexado em sua ficha, por não dispor de acompanhamento psicológico, mas que de alguma forma foi constatado pela escola características comportamentais que lhes insere no grupo de alunos com dificuldades na aprendizagem.

Inclusive nos últimos planejamentos que gente tem feito é uma pauta que sempre está sendo conversada, porque é uma demanda que está crescendo. Há 5/10 anos atrás se as escolas públicas tinham em torno de um, dois alunos hoje é em torno de 10 à 20% de todo alunado, aqueles que nós temos conhecimentos, através de laudos, através da família. Porém essa demanda ela pode até aumentar porque a gente já detecta alguns alunos que a família não aceita (ENTREVISTADO 1, 2018).

É sumamente importante ressaltar que as patologias psicológicas só podem ser laudadas por profissionais com formação e competências para isso. A escola observou que, em caso de ser verificado qualquer comportamento característico de transtornos de aprendizagem informa a família e encaminha para a rede de saúde da cidade. Em relação as crianças que possuem laudo anexado à sua documentação, no que tange sua disposição, na escola foi questionado aos entrevistados se a escola possui uma equipe multidisciplinar que atenda às necessidades daqueles alunos, uma vez que “dentro das escolas inclusivas, crianças com necessidades educacionais especiais deveriam receber qualquer suporte extra requerido para assegurar uma educação efetiva” (SALAMANCA, 1994). A resposta da Escola Bento Freire foi negativa, porém na Escola Maria Aurita que possui o AEE houve uma resposta diferente

Na escola a maioria dos professores são psicopedagogos, e tem aqui na sala do AEE, atendo aqui e dou assistência a eles também. Dou apoio aos professores a gente tem um dia para estudar, para planejar, quando precisa de material de apoio há comunicação diferenciada, como por exemplo ficha de comunicação, material eletrônico, lupas, a sala de AEE tem obrigação de oferecer, ai eu preparo o material ofereço para elas, mas o município tem a equipe que atende, parte fica na secretaria e alguns serviços fica no CAPSI (ENTREVISTADO 2, 2018).

Infelizmente a realidade do AEE não é alcançada por toda a rede pública de ensino da cidade, e para disponibilizar desses serviços as crianças portadoras de patologias psicológicas, são encaminhadas a rede de saúde municipal ou para salas de AEE de outras escolas, com acompanhamentos esporádicos, pois o município conta com um número mínimo das mesmas, atribui-se isso a incorporação tardia de Sousa-PB ao programa. Também a incorporação de

profissionais específicos da área da saúde mental engajados ao programa explica essa falta.

Na realidade aqui em Sousa a gente conta com 4 salas de AEE para auxiliar nessa questão dessa inclusão, mas efetivamente só veio acontecer a inclusão a partir de 2015, foi quando a prefeitura contou no quadro da educação com a psicóloga e com a terapeuta ocupacional, porque com a presença dessas duas profissões na educação começou a dar o direcionamento dessas crianças. (ENTREVISTADO 3, 2018).

Dando continuidade aos que fazem a equipe técnica das escolas investigadas, mais precisamente no que tange aos docentes, questionou-se acerca da complementação técnica, se havia alguma capacitação ofertada para os profissionais de lidam com essas crianças. A resposta da Secretaria de Educação foi bem positiva quando afirma que:

Em 2015/2016 teve dificuldade de abranger todos os professores da rede, pois tentou dar prioridade para quem já tem aluno com dificuldade na sala, mas os alunos que não são laudados, ou apresentavam algum atraso precisavam de atenção também, então ano passado conseguimos fazer quatro capacitações, houve uma capacitação geral que era a capacitação do PNAIC, que é voltado para educação infantil e para o ciclo que é voltado para 1º, 2º e 3º anos, e a gente aproveitou esse encontro para inserir nossa participação e para dar essa capacitação para os professores. Esse ano as capacitações vão acontecer por bimestre, e com todos os professores e nessa capacitação vamos oferecer estudo de caso e vamos traçar estratégias de como trabalhar tanto com as crianças com deficiência quanto com as crianças com os problemas os mais variados. A gente vai ter encontros com escolas, a gente fez grupos, são quatro grupos, e cada um vai ter uma semana de encontro com a gente. (ENTREVISTADO 3, 2018).

Foi um ponto favorável observado na entrevista, significava que o Estado estava se mostrando preocupado com a educação inclusiva, e uma mudança importante que alcançava os objetivos da luta antimanicomial e de equidade de direitos para com esses cidadãos, pois como vem afirmar Cristina Batista: “a formação continuada de professores é mais uma estratégia fundamental para atualização e aprofundamento do conhecimento pedagógico comum e especializado” (BATISTA, 2006). No entanto ao confrontar com os profissionais

nas escolas a resposta apresentou divergências em relação aquela citada anteriormente.

Não. Uma capacitação não tem. Há apenas uma orientação que a gente da parte gestor e pedagógica passa para eles, sabemos que é um desafio muito grande, o professor está dentro de sala de aula com essa demanda. Não é fácil! E a gente orienta sempre da seguinte forma, para eles procurarem, você sabe que a ferramenta da internet ela é muito rica, ne? Então se a gente não recebe essas formações de cima, por outro lado a gente tem que procurar do lado que a gente tem. (ENTREVISTADO 1, 2018).

Não. A maioria dos professores é psicopedagogo, ou faz especialização para melhorar o salário, só que se você se tornar especialista com certeza trabalhará menos, com qualidade e vai ganhar melhor. (ENTREVISTADO 2, 2018)

A introdução de crianças com transtornos mentais e de aprendizagem na vida escolar é de suma importância para seu desenvolvimento. A instituição escolar introduz o homem no meio social, fundando nele criticidade e a capacidade de comunicar-se, no entanto, o corpo docente deve ser minimamente preparado para receber essas crianças, como vem resguardar a Declaração de Salamanca, promulgada em 1994 “garantam que, no contexto de uma mudança sistêmica, programas de treinamento de professores, tanto em serviço como durante a formação, incluam a provisão de educação especial dentro das escolas inclusivas” (SALAMANCA, 1994). Ou seja, a capacitação profissional não é ponto culminante na discursão deste trabalho mas faz parte das falhas advindas do Estado para com a inclusão na educação, que é realizada por meio de medidas pouco efetivas, de caráter paliativo pra resolução de casos minuciosos como é a inclusão educacional, mas que muitas vezes é visto como desnecessário ou defasado por se tratar de uma parcela da sociedade que não produz capital, de forma que não haverá retorno capital sobre o que foi gasto com ele para sua formação, como é o caso dos demais indivíduos “independentes”, como traça larley Sousa em seu texto: “Cria-se uma atmosfera de alteridade e abnegação. As pessoas são moralmente convencidas de que o correto é substituir o Estado e não contestá-lo” (SOUSA,2013; BATISTA,2006; SALAMANCA,1994).

E se não há capacitação, os professores tornam-se indiferentes ao conhecimento do que é de real direito das crianças com dificuldade na aprendizagem. Então, o questionamento que fica é se essas crianças devem ser postas na sala regular junto das demais, ditas normais?

São sim. São colocados juntos dos demais, porém a orientação que a gente passa para o professor é que ele faça atividades diferenciadas, para que de certa forma, o aluno ter um aprendizado, não que seja igual porque a gente sabe que isso não vai ser alcançado, mas que o tempo dele dentro de sala de aula seja explorado da mesma forma dos demais. (ENTREVISTADO 1, 2018).

Sim. Eles são colocados normalmente como os outros, e os outros também já estão bem acostumados que não apresenta problema com os que tem deficiência, ou que tem algum transtorno, o máximo que acontece é que quando eles veem alguma diferença, que acham que eles estão correndo risco eles correm para contar a professora. (ENTREVISTADO 2, 2018).

No relato do primeiro entrevistado deixa claro a ausência de conhecimento para falar do aparato estatal no trato com essas crianças. E, as consequências em tratar diferente as crianças com transtornos mentais, sem um acompanhamento psicoterapêutico, podem ser danosas, principalmente por essa atitude se realizar na presença dos demais alunos, isso ao em vez de derrubar, acentua o preconceito. Ou seja:

O desconhecimento e a busca de soluções imediatistas para resolver a premência da observância do direito de todos a educação fez com que algumas escolas procurassem soluções paliativas, que envolvem todo tipo de adaptação: de currículos, de atividades, de avaliação, de atendimento em sala de aula que se destinam unicamente aos alunos com deficiência. Essas soluções continuam mantendo o caráter substitutivo da Educação Especial, especialmente quando se trata de alunos com deficiência mental. (BATISTA,2006, p. 13).

O aluno com dificuldade na aprendizagem não é incapaz de realizar atividades. É vital que suas capacidades sejam exploradas para alcançar seu desenvolvimento intelectual, “ao adaptar currículos, selecionar atividades e formular provas diferentes para alunos com deficiência e/ou dificuldade de

aprender, o professor interfere de fora, submetendo os alunos ao que supõe que eles sejam capazes de aprender” (BATISTA,2006).

A dificuldade de estar em sala de aula sem aparato técnico, em uma instituição sem estrutura adequada e com a obrigatoriedade de responder essa demanda com excelência, não é tudo. Há ainda os obstáculos, diz-se dificuldades de teor humanitário para a inserção desses discentes, conforme foi relato pelos colaboradores da pesquisa, que apontaram entre as principais dificuldades da inclusão escolar:

Em primeiro lugar é a família. Em segundo eu acho que é a questão de descobrir aquele mundo que está ali, porque é um mundo que você não sabe. Temos aqui crianças autistas, a gente já teve criança com dislexia, então é um mundo obscuro para gente que não tem uma formação dentro dessa demanda para a gente ser inserido. (ENTREVISTADO 1, 2018).

Algumas das dificuldades é identificar, pois tem aquelas que vem com laudo, mas até essas por exemplo: ele diz que a criança tem dislexia só que quando eu vou fazer o teste com ele aqui, ele não apresenta todas as características de dislexia, há uma certa dificuldade no nosso trabalho ficar em harmonia com o que o médico mandou, por que as vezes quando a gente entra na parte pedagógica a gente não pode passar por cima do laudo médico, mas a gente percebe que a criança tem outra coisa, porque assim nem sempre eles tem todas aquelas características ai fica a dificuldade nessa hora, mas como já temos o laudo com um norte já sabemos por onde começar. Fez um estudo de caso faz-se um relatório monta-se um plano. É isso que a gente está querendo fazer na sala regular, porque este estudo de caso, esta avaliação nem todos os professores fazem, vamos atirar pedras neles? Não! São muitas crianças para atender em sala de aula e para eles se dedicarem a uma criança precisaria que tivesse um cuidador que fosse formado naquela área, ele teria capacidade de ajudar o professor. O município está organizando para colocar os cuidadores. Outra dificuldade é a família aceitar a dificuldade, aceitar as orientações que a gente dá e principalmente levar o menino quando a gente encaminha. Ela vai participar ativamente, vai levar o menino para os serviços que são disponíveis para ele, a gente vê aqui que as crianças que participam dos serviços direitinho, que a família está lá, acontece! (ENTREVISTADO 2, 2018).

A responsabilidade por parte das escolas, devido suas falhas, recaí sobre a possível negligencia da família, ou em não aceitar ou em não participar ativamente de serviço que supostamente o município oferta. Em contrapartida,

a visão da Secretaria de Educação não demonstra que há tanta excelência nos serviços prestados pelos outros órgãos responsáveis pelo tratamento destas crianças, tendo em vista que para a fluidez do processo, que desembocará no desenvolvimento pleno das mesmas, deve haver um diálogo entre os eixos clínicos, terapêuticos e educacionais.

A gente teve um bom quantitativo de crianças para atender, mas não atendemos o que era necessário porque os pais não vem, e quando vinham são dois problemas ou há uma não aceitação de não querer levar o filho, de dizer que o filho não tem nenhum problema, ou então porque a rede de saúde não deu a contrapartida dela, devido a superlotação, ou por entender que aquele não era um caso para aquela instituição. Infelizmente o que estava acontecendo era que a gente tem instituições da saúde e nossos polos eram Policlínica, CAPs, Otolinica, Centro de Reabilitação, a gente conta com essa rede, e acontecia que nem todos os profissionais estavam disponíveis para os encaminhamentos. (ENTREVISTADO 3, 2018).

Mas uma vez nos deparamos com o sucateamento de políticas públicas, e com discursos de desresponsabilização do Estado em resolver problemáticas tão importantes, ferindo inclusive a Lei 10.216 no que tange a proteção e comprometimento com a saúde. No Art.2 da referida Lei, este estabelecido que ao sujeito com transtornos mentais é garantido: “I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL,2001).

As instituições escolares atribuem a responsabilidade somente aos pais, sem analisar criticamente o Sistema Único de Saúde e suas falhas técnicas. A família tem sim papel indubitável, todavia não se pode retirar a obrigatória presença dos demais profissionais atrelados a rede de saúde e do município de oferecer qualidade em seus serviços.

E, ainda no que se refere a participação da família na educação inclusiva, o próximo questionamento trata da participação dessa instituição segundo a visão dos profissionais envolvidos no ensino-aprendizagem:

A família é fundamental, porque eu só monto meu plano depois que eu sei tudo da vida deles, as mães vêm acompanham o atendimento e eu dou orientações a elas de como fazer em casa. A dificuldade é a família aceitar (ENTREVISTADO 2,2018).

Acompanhar. Eu acho que a família é imprescindível nesses casos, porque quando a gente detecta que a criança tem algum distúrbio a gente já começa a observar a criança com outro olhar, um olhar mais técnico apesar de não ter a equipe na escola, a partir disso a gente chama a família para poder conversar e confrontar os dados que a gente tem encontrado na escola e o que a gente vai colher da família. A partir de então a gente solicita, conversa com o responsável para poder encaminhar essa criança ao CAPs, muitas vezes a família ela não aceita que aquela criança tenha algum distúrbio ou pela forma de achar que a sociedade vai olhar ela de “vistas atravessadas”, ou também muitas vezes por achar que aquela criança é um “fardo” na família, ela é um problema, mas a gente tenta de toda forma conversar ou apaziguar para que essa criança seja encaminhada ao CAPs. A gente faz um relatório diante do que a gente viu na escola, acrescenta os dados que a gente colheu da família e a gente mesmo faz o encaminhamento, muitas vezes a gente tem o resultado positivo, a família leva e é feito todo um acompanhamento, porque tem criança que necessita de um medicamento, necessita de um tratamento TO (Terapia Ocupacional), de um tratamento psicológico e a escola não oferece, ela já tem esse acompanhamento mais especializado no CAPs. Tenta-se passar para os professores que tem que ter um olhar sensível para essas crianças porque muitas delas, elas encontram aqui o que elas não tem em casa, e essas crianças elas são extremamente necessárias de amor e de carinho, é impressionante, então assim, a gente tenta orientar todo corpo da escola com relação a isso e uma coisa que eu sempre vivo batendo, a demanda dessas crianças especiais ela está aumentando cada dia mais, e temos que estar preparados para isso. Não são eles que tem que estar preparados somos nós escola, família temos que estar preparados para recebe-los (ENTREVISTADO 1, 2018).

Por exemplo, a criança que tem DI (Deficiência Intelectual) hoje ela aprendeu tudo e amanhã já chega sem saber de nada, e o porquê disso? Por que chega em casa não foi treinada (ENTREVISTADO 2, 2018).

O diálogo entre escola e família são complementares na concretude da inserção das crianças com transtornos mentais na instituição escolar, assim como na sociedade, o desafio de constatar características e informar ao pais deve ser feito de forma que aquela família, que muitas vezes não teve acesso ao ensino, ou que não teve a possibilidade de concluir os estudos, deve ser respaldada no respeito para com o outro, ignorar o fato de que é devastador para um tutor, pai ou mãe receber o laudo de transtorno psíquico em seu parente ultrapassa componentes éticos necessários para o profissional da pedagogia, inclusive está previsto na Declaração de Salamanca que o sistema de educação

deve abranger esses pais ou tutores, de forma que os “encorajem e facilitem a participação de pais, comunidades e organizações de pessoas portadoras de deficiências nos processos de planejamento e tomada de decisão concernentes à provisão de serviços para necessidades educacionais especiais.”. (SALAMANCA,1994).

Deixar claro que a participação dos familiares é importante para o desenvolvimento intelectual de seus filhos é um bom caminho a se tomar. Sobre o desenvolvimento intelectual de crianças que tem acompanhamento dos pais no seu processo de aprendizagem nossos colaboradores fizeram as seguintes declarações:

Todos que tem o apoio sim, a gente tem visto melhoras, tem visto muito engajamento dos professores em acolher esses alunos em estar estudando, procurando para dar melhoria. A gente tem visto que o aluno tem conseguido acompanhar, e os casos que a gente referencia para saúde que elas conseguem pegar e que os pais têm um comprometimento de levar a gente tem visto consideravelmente a melhora dentro de sala de aula. (ENTREVISTADO 3, 2018).

A luta pela educação inclusiva deve partir em primeiro lugar da família, buscando uma educação de qualidade para os seus filhos e uma saúde que esteja respaldada na Lei 10.216, afim de sanar o preconceito e a falta de oportunidade para sua inclusão social, o que pode contribuir para uma vida melhor. A implementação do AEE apesar de muito deficitária ainda na cidade de Sousa-PB, representa avanços significativos na luta pela inclusão escolar de crianças com transtornos mentais, e foi questionado acerca de sua estrutura e implementação:

A sala do AEE chegou em Sousa em 2009, mas não sei quando foi legalizado. Manda um documento dizendo que tem que adaptar a escola e a verba é liberada, de forma que a escola tem a demanda, aí via no censo escolar que tem cego? aí tem material para cego, tem cadeirante? Então manda material para cadeirante, então aqui tem muito material para cego, tem material em braile, tem em libras porque veio aluno surdo para cá. A maioria do meu material eu gosto de produzir, porque eu produzo de acordo com a necessidade deles. Mas a pioneira da sala da AEE fui eu. Desde de 2012 existia o Projeto, mas só em 2014 assumiu. Para ser professora do AEE tem que ter curso de braile, de libras, de TA que é tecnologia assistida. Foi um importante avanço porque tinha professores que não sabia o que era AEE, agora todo mundo sabe, porque tem pessoas que entendem que o AEE é quando o menino não está sabendo de nada e está atrapalhando a sala ai vai pra sala do AEE e não é

assim, ele tem horário marcado, dias marcados, eles assinam, do jeito que sabem, eu provo que eles vieram naquele horário, eles não podem vir no horário da aula eles vem em horário oposto. (ENTREVISTADO 2, 2018).

E foi a partir da disseminação do que era o Programa AEE, que muitas crianças que estavam fora da escola, por não conseguirem acompanhar o ensino impenetrável da escola regular, puderam dispor de uma educação básica de qualidade com atendimento específico para elas, sem as retirar de dentro da sala de aula regular junto dos demais.

É importante observar que as disposições do AEE da cidade de Sousa estão coniventes com o plano implementado em 2008 pelo MEC, para as escolas que participam do programa:

Os sistemas de ensino devem matricular os alunos com deficiência, os com transtornos globais do desenvolvimento e os com altas habilidades/superdotação nas escolas comuns do ensino regular e ofertar o atendimento educacional especializado – AEE, promovendo o acesso e as condições para uma educação de qualidade. O atendimento educacional especializado - AEE tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. (MEC,2008)²⁸.

Apesar disso, as lacunas ainda existentes, uma vez que, a própria educadora relata que prepara seu material. Quanto a estrutura escolar, a sala do AEE visitada não é ampla e ventilada, se observa a falta de mais profissionais com formação para dar conta do grande quantitativo de alunos que são matriculados na escola e dos que vem de outras escolas que não possuem esse programa.

A gente tem ao todo contando com creches e escolas são 30 unidades e a gente só tem 4 salas de AEE, então funciona a gente referenciar algumas crianças que a escola não tem o AEE a gente começa a referenciar para outras escolas próximas. Esse ano a gente também vai contar com o AEE das escolas do estado, vai haver uma junção e a gente vai poder referenciar essas crianças com deficiência, síndromes ou atrasos na

²⁸ http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=428-diretrizes-publicacao&Itemid=30192 Acesso: 25 de Janeiro de 2018.

aprendizagem, vai poder referenciar para os AEE do estado para que todas sejam atendidas, por que 4 não dá conta do quantitativo de aluno que a gente tem. Porque logo no início que a gente começou a traçar o perfil dos alunos em 2015, a gente percebeu que tem muita criança que não tem deficiência mental ou física, mas que tem atrasos na aprendizagem por diversos motivos. (ENTREVISTADO 3, 2018)

Faz parte das atribuições dos professores do AEE (2008), “organizar o tipo e o número de atendimentos aos alunos na sala de recursos multifuncional”, mas fica indiscutivelmente problemático quando não se há espaço, nem tempo para se trabalhar com excelência de modo a alcançar as obrigações presentes na documentação que institucionaliza esse Programa

- a. Identificar, elaborar, produzir e organizar serviços, recursos pedagógicos, de acessibilidade e estratégias considerando as necessidades específicas dos alunos público-alvo da educação especial;
- b. Elaborar e executar plano de atendimento educacional especializado, avaliando a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade;(MEC, 2008)

Dentre as dificuldades já citada destaca-se a ausência de uma equipe complementar e multiprofissional para além dos muros da escola, imbricada na cooperação do trabalho do professor do AEE, como está previsto. Esse diálogo profissional, de acordo com os documentos do programa é necessário que as escolas “Estabele[çam] parcerias com as áreas intersetoriais na elaboração de estratégias e na disponibilização de recursos de acessibilidade”, e quando se fala nessa equipe a resposta desestimuladora (MEC, 2008).

A equipe é super reduzida. Infelizmente são muitas crianças para a gente acolher, até porque a gente não atende só a criança com laudo, e acaba que a gente não consegue fazer o trabalho como deveria atender as demandas naquela hora que elas estão necessitando, por que a equipe é reduzida. Há a batalha por um fonoaudiólogo, que é uma coisa que a gente está vendo muito desde o ano passado que há um grande número de crianças com atraso de fala, a gente vem batalhando por uma psicopedagoga, por diversos fatores. O ideal seria mais um psicólogo, mais um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, um psicopedagogo. (ENTREVISTADO 3, 2018).

Finalmente, a educação inclusiva na cidade de Sousa-PB mostra avanços, desde a criação das salas de AEE. O acordo com o Estado para aproveitar suas salas, profissionais e técnicos, tanto em instituições de saúde básica e na educação, já mostra pontos positivos, mas após análise feita pelos próprios entrevistados muito ainda tem a ser alcançado, e essas conquistas serão de suma importância para as crianças com patologias psicológicas e para a luta antimanicomial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de manicômios para “deter” os loucos, considerados a priori um perigo para o resto da sociedade, a falta de um tratamento pertinente, que não efetivasse sua cura, mas que lhes oportunizasse o mínimo de humanidade, a busca pela “higienização social” excluindo essas pessoas do convívio social e familiar, a ausência de informações acerca de seu estado de saúde e, muitas vezes sobre qual seu futuro nos estabelecimentos manicomial, tornava explícita a necessidade de criar um aparato jurídico para os sujeitos com transtornos mentais, que já deveria ter sua dignidade assegurada, conforme previsto na Constituição de 1988, mas que infelizmente não foi suficiente para sanar o modo abusivo como os portadores de patologias psicológicas são tratados. O preconceito está enraizado nas pessoas. Quando se fala em doença mental, diz-se em loucura, o termo tem sentido pejorativo, sendo usado quando a intenção é destratar alguém.

Esse modo de ver e entender a doença mental atravessa séculos, a luta antimanicomial em dias atuais ainda não foi assimilada por todos que dela tomam conhecimento, principalmente pelo seu principal gestor, o Estado.

As lutas para a derrubada do preconceito são inesgotáveis, mas deve se manifestar desde cedo, desta feita, a tão grande importância de inserir crianças com patologias psicológicas na educação regular e lhes dar a chance de alcançar o que muitos antes deles ensejaram, mas devido manobras de exclusão defendidas pelo sistema autoritário e elitista não conseguiram, qual seja: sair da “inutilidade social”.

A educação é compromisso estatal, assim como a saúde, não é mero assistencialismo desenvolvido com finalidade caritativa, como acontecia nos séculos XVII-XIX, o compromisso ético da escola de instruir e preparar o cidadão, moldando sua moral, não é uma moeda de troca na qual apenas os que se devolverão, futuramente vendendo suas condições laborativas, terão direito. A educação inclusiva não traz em si apenas ganhos para os portadores de patologias psicológicas, mas para os ditos normais também, de modo que a oportunidade de conviver com pessoas, que apesar de limitações por suas condições de sofrimento mental, tem muito a oferecer, pois ausência da

plenitude mental não incapacita, ela recria formas de comunicação e aprendizagem.

A educação inclusiva é indubitavelmente um desafio, tanto para os professores que irão receber essas crianças - em sua maioria sem capacitação ofertada gratuitamente para melhoria do seu trato diários-, como para as crianças que sofrem com a exclusão -sem poder contar com tratamento adequado na rede pública de saúde, recebendo tratamento diferenciado que limita sua participação frente seus colegas na sala de aula-, e, ainda, para as suas famílias que recebem o laudo médico sem, na maioria das vezes, ter formação ou instrução de como vai lidar com seus filhos. Inclusive essas famílias, ao receberem esse laudo, passarão a vida tentando evitar que seus filhos sofram com sua deficiência e buscam maximizar o desenvolvimento deles para que se tornem adultos dignos.

A reforma psiquiátrica não é só das instituições e equipes que tratam da saúde mental, nem das famílias que possuem parentes laudados, ela se dirige a todos. A construção de uma sociedade mais equitativa, disposta a lidar com sujeitos que não atendem ao perfil predeterminado por padrões normativos, deve partir das escolas, uma vez que é, depois da família, o primeiro contato social do ser humano, onde inicia-se o contato com a moral e com a ética, por isso deve ser despido de preconceitos e aberto a todos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **Michel Foucault e a “História da Loucura”**: 50 Anos Transformando a História da Psiquiatria. Florianópolis. Editora, 2011.

BASAGLIA, Franco. A instituição da violência. In; **La Institucion Nagada**. Trad. Jaime Pomar, Barcelona: Barral Editores, p 129-169.

BATISTA, Cristina Abranches Mota; MANTOAN, Maria Teresa Egler. **Educação inclusiva** : atendimento educacional especializado para a deficiência mental. Brasília : MEC, SEESP, 2006.

BRASIL, 1988. Constituição da Republica Federativa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 27/11/2017

BRASIL, 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm . Acesso em: 27/11/2017

BRASIL, 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 12/12/2017

BRASIL, 2005. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 04.04.2017.

BRASIL, 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm. Acesso em: 27/11/2017

BRASIL, 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm . Acesso em: 27/11/2017

BRASIL. Atendimento Educacional Especializado. MEC, 2008. Disponível em: http://www.pmpf.rs.gov.br/servicos/geral/files/portal/AEE_Apresentacao_Completa_01_03_2008.pdf . Acesso em: 10/01/2018

BRASIL. Diretrizes Operacionais da Educação Especial para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica. MEC, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=428-diretrizes-publicacao&Itemid=30192. Acesso em: 10/01/2018

BRASIL. Lei 10.708. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 10/01/2018

BRASIL. Lei 9.867. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9867.htm. Acesso em: 10/01/2018

BRASIL. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. MEC, 2013. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=30192. Acesso em: 10/01/2018

BRASIL. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20/01/2018

BRASIL. Programa BPC na Escola. MEC, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12291>. Acesso em: 20/01/2018

BRASIL. Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade. MEC, 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/orientador1.pdf>. Acesso em: 14/02/2018

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde .Brasília, 2005. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 05.08.2017.

BRASIL. RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 2. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. MEC, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>. Acesso em: 12/02/2018

BRASIL. Senado Federal. Lei 10.216. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 12/02/2018

BRASIL. Senado Federal. **Lei 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14/02/2018

CAPLAN, Hero. **Saúde Mental e Psiquiatria Comunitaria**: Curso geral Community Psychiatry, 2012. Disponível em: <http://cursosaludmentaluniversidadmayor.blogspot.com.br/2011/06/garald-caplan-heroe-de-la-psiquiatria.html> Acesso em 13 /11/ 2017.

CAPONI, Sandra. **Da Compaixão à Solidariedade uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

FOUCAULT, Michel **História da Loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

JUNQUEIRA, Helmara Giccelli Formiga Wanderley. **Doidos [as] e doutores: a medicalização da loucura na Província/ Estado da Parahyba do Norte 1830-1930**. Tese. Doutorado. UFPE. Permabuco, 2016.

LAZZERI, Cristiane. **Educação Inclusiva para Crianças com Autismo e Psicose: Das Políticas Educacionais ao Sistema de Ensino**. Dissertação de Mestrado. Santa Maria-Rio Grande do Sul. 2010.

MACHADO, Roberto. (et al.) **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **Uma Estranha Noção de Ciência: Repercussões no Pensamento Eugênico no Brasil**. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaclio/article/view/24165>. Acesso em 07.10.2017.

OLIVEIRA., Walter Ferreira de. **Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: Contextualização Sócio Histórica, Desafios e Perspectivas**. 2012. Florianópolis, 2012.

PESSOTTI, Isaias **O século dos manicômios**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.
PORTAL DA EDUCAÇÃO. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/quem-foi-philippe-pinel-e-esquirol/32125> . Acesso em 13 /11/2017.

PORTAL DE ACESSIBILIDADE DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <http://www.faders.rs.gov.br/legislacao/6/33> Acesso 13 /11/2017.

PORTOCARRERO., V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4.

PORTUGAL, Apoios Especializados a Prestar na Educação Pré-Escolar e nos Ensinos Básico e Secundários dos Sectores Público, Particular e Cooperativo. 2008. Disponível em: http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl_3_2008.htm . Acesso em: 14/02/2018

PUBLIC LAW. 1950. Disponível em: <https://www3.nd.edu/~rbarger/www7/pl94-142.html>. Acesso 15/11/2017.

SALAMANCA, 1994. Declaração de Salamanca. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf> . Acesso em: 20/02/2018

SANGLARD, Gisele. **Filantropos da nação – Sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

SILVA, Fabricia Gomes. **Inclusão Escolar de Alunos com Deficiência Intelectual: O Atendimento Educacional Especializado (AEE) em Discussão**. Dissertação de Mestrado .Fortaleza- Ceará. 2011

SILVA, Maria Odete Emygdio. Da exclusão à inclusão: *concepções e práticas*. **Revista Lusófona de Educação**. 2009. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/562>. Acesso em 13 /11/2017.

SOUSA, Iarley Pereira de. **A Prestação da Educação Inclusiva como Obrigação Político-Jurídica**. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. 2013

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- ENTREVISTA COM O(A) DIRETOR(A) PROFESSOR(A) DA ESCOLA:

A pesquisa visa deslumbrar acerca da estrutura técnico operativa da escola de ensino regular pública, se a mesma predispõe para alunos com algum tipo de transtorno psicológico, de recursos que visem/viabilizem a inclusão e o acesso de a um ensino de qualidade.

1. A escola possui em seu corpo discente alunos com transtornos na aprendizagem?
2. A escola dispõe de uma equipe multidisciplinar para atender seu corpo discente, em especial crianças diagnosticadas com transtornos na aprendizagem?
3. Eles são colocados em salas de aulas junto dos outros ditos normais?
4. Existe alguma capacitação para a equipe técnica e para os docentes para receber esses alunos?
5. Quais dificuldades enfrentadas pela instituição escolar para garantir uma educação que realmente seja inclusiva?
6. É possível identificar um avanço intelectual desses alunos ao ingressar na escola regular?
7. No que concerne a estrutura da instituição, a mesma conta com recursos tecnológicos, material didático especial, que auxilie na facilitação da aprendizagem desses alunos?
8. A educação especial nas escolas de ensino regular representa um avanço para a inclusão dos alunos com dificuldade na aprendizagem?
9. Como a família pode contribuir para a inclusão escolar de seus parentes?
10. Como é o papel da família na vida escolar de seus parentes?

- ENTREVISTA COM O NÚCLEO DE ASSISTENCIA PSICOLOGICA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

1. Quais são os programas que o município disponibiliza com relação a inclusão das crianças com dificuldade na aprendizagem?

2. Existem alguma capacitação ofertada os professores para receber essas crianças em sala regular?
3. Quais são as principais dificuldades enfrentadas no atendimento dessas crianças aqui no núcleo?
4. É possível notar avanço tecnológico nas crianças acompanhadas pelo núcleo?
5. Quais são os profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional do núcleo ?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE ESCLARECIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E EXTENSÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de pesquisa intitulada **Educação inclusiva para crianças com transtornos mentais em escolas da rede municipal de Educação da cidade de Sousa-PB**, que está sendo desenvolvida sob a coordenação e orientação dos(as) professores Helmara Gicelli Formiga Wanderley, em conjunto com o(a) aluno(a) Kamilla Gomes Medeiros. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará, portanto, leia atentamente as informações que seguem e se tiver alguma dúvida, consulte o(a) pesquisador(a) responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa.

O trabalho tem como escopo conhecer e analisar a efetivação das políticas nacionais de inclusão educacional de crianças portadoras de transtornos mentais, em consonância com a Lei 10.216/2001 e de acordo com as recomendações contidas na Declaração de Salamanca, de 1994, nas escolas da cidade de Sousa-PB.

Este estudo será realizado com profissionais das Escolas Públicas de Ensino Regular e na Secretaria Municipal de Educação da cidade de Sousa-PB, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Sua participação neste trabalho consiste em conceder entrevistas, realizadas com auxílio de gravador de voz.

Os riscos previstos na sua participação neste estudo são o constrangimento e/ou desconforto em falar sobre suas experiências/vivências cotidianas nas escolas de ensino regular com alunos com dificuldade na aprendizagem, entretanto, respeitando-se os preceitos éticos, caso o senhor(a) venha a sentir alguma espécie de desconforto ou constrangimento ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida. A fim de evitar e/ou minimizar o possível constrangimento, os professores responsáveis se colocam a disposição do(a) senhor(a) para esclarecer qualquer dúvida ou para resolver qualquer questão, durante todas as etapas da pesquisa.

Apesar da existência de riscos mínimos na coleta de dados, os benefícios oferecidos serão superiores. Como benefícios proporcionados pelo presente estudo cite-se que as informações que resultarão da pesquisa poderão contribuir para o aprimoramento das práticas de inclusão social dos sujeitos que sofrem com dificuldade na aprendizagem.

A equipe da pesquisa permanentemente à sua disposição para prestar informações sobre o andamento da pesquisa, resultados, bem como para quaisquer esclarecimentos ou orientações que você julgar necessários em relação ao tema abordado.

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com os/as pesquisadores[as], nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar

do estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas (artigos, livros etc.), porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual conteúdo, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas. O(A) senhor(a) receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Helmara Giccelli Formiga Wanderley.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **Educação inclusiva para pessoas com transtornos mentais em escolas da rede municipal de Educação da cidade de Sousa-PB**, e após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

Sousa-PB, ____ / ____ / ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Aluno Pesquisador

Contato da pesquisadora responsável:

Profa. HELMARA GICCELLI FORMIGA WANDERLEY

Endereço: BR 230, Sousa-PB

Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - Sousa - PB

Telefone: (83) 35213250/ celular (83) 9 99083729

E-mail: helmaragiccelli@hotmail.com.br