

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**  
**PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE**

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**  
**UMA ESTRATÉGIA PARA AUTONOMIA?**

Por

Samara da Silva Freire Assumpção

Rio de Janeiro

2004

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: UMA ESTRATÉGIA PARA  
AUTONOMIA?**

**SAMARA DA SILVA FREIRE ASSUMPCÃO**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante

---

Profa.Dra. Ana Maria Szapiro

---

Profa. Dra. Maria Helena Magalhães

Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

A851b Assumpção, Samara da Silva Freire  
Benefício de prestação continuada: uma estratégia para  
autonomia? / Samara da Silva Freire Assumpção. Rio de  
Janeiro : s.n., 2004.  
117 p.

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho  
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola  
Nacional de Saúde Pública.

1.Saúde mental. 2.Política social.  
3.Desinstitucionalização. 4.Previdência social. I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.2

SAMARA DA SILVA FREIRE ASSUMPÇÃO

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
UMA ESTRATÉGIA PARA AUTONOMIA?**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Subárea Políticas Públicas e Saúde da Fiocruz, como exigência parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde. Sob a Orientação do Prof. Dr. Paulo D. Amarante e Coorientação de Sílvia Gerschman.

Rio de Janeiro

2004

*Em memória do amigo Francisco que  
se viu no impasse entre sua dependência  
e sua independência.*

*Agradeço a meus pais pelo carinho e apoio;*

*A todos meus verdadeiros amigos que estiveram sempre a meu lado (sem nunca me abandonar), especialmente nos meus momentos mais tristes este ano: Edvaldo, Maria Lúcia, Moema e Marcelo.*

*As pessoas lindas que conheci e com quem trabalhei no Lar Abrigado.*

*A Dra. Fátima Vahia de Abreu por ter me ajudado desde dos meus 17 anos, em minha própria independência.*

*Prof. Dra. Ana Szapiro a quem muito admiro e tenho enorme afeto;*

*A Prof. Dr. Silvia Gerschman por sua colaboração e incentivo;*

*Ao Prof. Dr. Paulo Amarante pelo carinho, pelas buscas de mesclar política e saúde mental; sem ele esse trabalho não seria possível de realizar.*

*E a Deus.*

## **RESUMO**

A presente dissertação insere-se na temática das políticas sociais públicas, especialmente da política de Assistência Social voltada para portadores de deficiência, que vêm englobando também os Usuários de Serviços de Saúde Mental. Neste intuito percorre-se uma trajetória da loucura e das políticas sociais no Brasil, buscando os enlaces que os dois temas possuem. Procura debater sobre a contradição que o Benefício de Prestação Continuada traz em si. Ao mesmo tempo em que o BPC aponta para a possibilidade da reabilitação através de uma renda mínima, aponta também para a manutenção de uma condição incapacitante do Usuário. Seu critério de elegibilidade para o recebimento afirma que o Usuário só o receberá se for atestado como “incapaz para o trabalho”, o que parece indicar para o sentido oposto ao de sua proposta inclusiva.

## **ABSTRACT**

The present work leads with social public policies, and specially with the Social Assistance Policy for people who suffer of psychic disturbance. It was our intention to study both the history of mental illness and the social policies in Brazil, in order to set the relations that might there be between them. We tried to discuss the implicit contradiction of the so-called “Benefício de Prestação Continuada” (BPC). As BPC points to the possibility of rehabilitation by means of a minimum wage, it also points to the maintenance of a supposed incapacity of the user of Mental Health Services. To receive the BPC, the ‘user’ must be diagnosed as “incapable for work”, and this is a contradiction as we consider an socially inclusive purpose.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	01
<b>CAPÍTULO I — Um longo caminho até o contexto da Reforma Psiquiátrica</b>	13
1.1 — Uma Possível História da Loucura	15
1.2 — Uma Breve História da Psiquiatria no Brasil	25
<b>CAPÍTULO II — Um Não Ao Enclausuramento: A Proposta Inclusiva Da Desinstitucionalização</b>	29
2.1 — Antecedentes Históricos da desinstitucionalização	29
2.2 — O Movimento Antipsiquiátrico	36
2.2.1 — História da Loucura: O Monólogo da Razão sobre a Loucura	39
2.3 — Novos Rumos para a Psiquiatria	41
2.3.1.1. A Desintitucionalização Italiana como prenúncio da Reforma Psiquiátrica Brasileira	41
<b>CAPÍTULO III — Direitos Sociais, Proteção Social E Reforma Psiquiátrica</b>	44
3.1 — A Assistência como “Direito”	44
3.2 — Cidadania: O Status de ser cidadão	46
3.2.1 — Inserção Social: Direitos e Cidadania para o Louco e a Loucura	50
3.2.2 — Proteção Social e Assistência	51

3.3 — Reforma Psiquiátrica	53
3.3.1 — A Reforma Psiquiátrica Brasileira	56
3.4 — Reabilitação Psicossocial: Um apêndice da Reforma Psiquiátrica	62
<b>CAPÍTULO IV — O Benefício De Prestação Continuada Sua Relação Com O Paciente Psiquiátrico</b>	<b>64</b>
4.1 — A Seguridade Social Brasileira: Uma Crítica	64
4.2 — Benefícios Sociais: Welfare States e Reforma Psiquiátrica.	67
4.3 —A LOAS	70
4.4 — O Benefício de Prestação Continuada	73
4.4.1 — O BPC: Uma Questão sobre a Oposição Trabalho e Assistência	75
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>92</b>

## INTRODUÇÃO

A pesquisa que sustenta esta dissertação insere-se na temática das políticas (sociais) públicas, especialmente da política de assistência social que têm sido usada como estratégia para uma maior integração dos usuários de serviços de saúde mental.

A política de assistência que ora nos propomos a estudar, em forma de benefício pecuniário, pôde ser concedido somente após a aprovação da lei orgânica da assistência social (LOAS), que em 1993, estabeleceu um novo ordenamento da assistência social no Brasil, colocando-a no patamar de política pública, dever do Estado e direito do cidadão.

A LOAS garante um tipo de seguridade social não contributiva, que busca proteger a família, a infância, a adolescência, a velhice, tendo como objetivo a integração no mercado de trabalho, habilitando e reabilitando pessoas portadoras de deficiência, promovendo-as na vida comunitária (Capítulo 1, art.1 e 2):

*Art. 1º- A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.*

*Art. 2º- A assistência social tem por objetivos:*

*I- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;*

*II- o amparo às crianças e adolescentes carentes;*

*III- a promoção da integração ao mercado de trabalho;*

*IV- a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiências e promoção de sua integração à vida comunitária;*

*V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família.*

*Parágrafo Único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.*

A LOAS garante proteção ao deficiente<sup>1</sup> que comprovar não ter meios de prover sua própria manutenção e mesmo não sendo considerado “deficiente”, o usuário de saúde mental têm podido se beneficiar do recebimento do mínimo social.

A LOAS propõe que a assistência social seja regida pelo princípio da universalização dos direitos sociais e o princípio do respeito à dignidade do cidadão, trabalha pela autonomia e pelo direito a benefícios e serviços de

---

<sup>1</sup> A categoria deficiente se distingue dos quadros dos usuários de serviços de saúde mental que padecem “sofrimento mental” ou “sofrimento psíquico”.

qualidade, sendo vedado qualquer comprovação vexatória de necessidade. (Capítulo II, art. 4º, II e III):

*A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:*

*II- universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;*

*III- respeito à dignidade do cidadão, a sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;*

A partir da LOAS todos os cidadãos têm o mesmo direito a assistência e, ao recebimento de uma renda mínima, se estiverem dentro dos critérios de idade, renda e de incapacidade para o trabalho. De acordo com o capítulo II, o sujeito não deverá passar por comprovação vexatória de necessidade, ou seja, o usuário que dela se beneficiar não precisará comprovar a necessidade de recebê-lo de forma vergonhosa ou não precisará se preocupar em demonstrar sua necessidade de forma que o constranja.

No Brasil, embora medidas de proteção social tenham se iniciado por volta de 1920, foi a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que o conceito de seguridade social ganhou maior substância e visibilidade. Desde então, a previdência passou a assumir escopo mais amplo, incluindo a saúde, como política universal, e a assistência social aos segurados pobres e aos não-segurados. A assistência social além de ter se tornado um componente da seguridade social, passou a ser um direito social, que deveria ser concretizado por uma política pública correspondente - a política de assistência social-, passando a ser estendido a todos.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabeleceu direitos civis, políticos e sociais a todos os cidadãos, determinando também

que a assistência social, juntamente com a saúde e a previdência social, passasse a compor o tripé da seguridade social no Brasil.

Como medida de proteção social, na seção IV artigos 203 e 204 da Constituição Federal, é determinado que seja concedido um salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuírem meios de prover sua própria manutenção. Mas somente em 1993, através da lei orgânica da assistência social, que se regulamentam estes artigos e, somente em 1996 o benefício começou a ser concedido. Todo o cidadão a partir de então, teria como direito garantido, uma renda mensal, caso se enquadrasse nos critérios determinados.

Nosso interesse em relação a este benefício se deu, quando trabalhando em equipe em um serviço que acompanhava usuários de saúde mental, percebemos que os mesmos necessitavam de uma intervenção quanto à sua reabilitação psicossocial, que incluía não só a questão clínica, mas também o ganho de espaços quanto à moradia, trabalho, renda e lazer. Sabedora, enquanto membro da equipe, da importância de incentivar o usuário quanto à conquista de seu espaço, enquanto sujeito detentor de direitos, buscamos investigar sobre os vários impasses observados quanto ao uso desse benefício pelos usuários dos serviços.

Nossa discussão perpassa como os direitos sociais são definidos pela Constituição e de como estes direitos se aplicam em relação aos usuários, que por vezes não são considerados sujeitos capazes de ter autonomia<sup>2</sup>.

Direitos sociais são definidos na Constituição (Capítulo II, artigo 6) como sendo:

*São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.*

---

<sup>2</sup> Tykanori (1996) entende como autonomia a capacidade de um indivíduo de gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente.

Um importante impasse para usuários de saúde mental refere-se à conquista de um espaço que lhes permita exercer sua cidadania. Para tanto, há que se garantir também uma renda mínima, para que os mesmos tenham seu direito à assistência assegurado. Muitos se encontram asilados por muitos anos em instituições psiquiátricas, mesmo podendo receber o mesmo cuidado oferecido em serviços extra-hospitalares. Se fossem assistidos por um programa de renda mínima, teriam melhores condições de tratamento e de gerência de suas vidas, pois poderiam permanecer em casa, sem sofrer os efeitos paralizantes daqueles que vivem sob os cuidados de asilos e hospitais psiquiátricos. Mas quando garantimos à esses usuários este seu direito a ser amparado pela previdência, isto o impediria de ter seu direito ao trabalho garantido?

O uso do benefício de prestação continuada nas instituições de tratamento como estratégia de desinstitucionalização do usuário de saúde mental nos mostrou seu aparente paradoxo. Enquanto medida de proteção social este benefício possibilita uma renda mínima para pessoas que não têm qualquer outra fonte de renda e se encontram impossibilitadas de trabalhar, muitas vezes não por seus quadros clínicos, mas por terem sido isoladas em instituições psiquiátricas. Da mesma forma este benefício parece aprisionar o usuário quando condiciona o seu recebimento a comprovação de sua incapacidade para o trabalho.

Desde o curso de graduação em Psicologia mantive o envolvimento acadêmico com a clientela de usuários internos em instituições psiquiátricas, de onde surgiu o interesse por estudar políticas públicas que visem dar maior assistência a esse público. O benefício, objeto deste estudo, tem sido requerido, na maioria das vezes, por assistentes sociais ligadas a instituições onde o usuário encontra-se asilado, recebendo tratamento ou moradia. O benefício têm sido requerido para que as pessoas que possuíssem longo histórico de internações em instituições psiquiátricas pudessem de alguma forma, reconquistar um espaço para fora dos muros asilares e como uma proposta de resgate de cidadania.

Em trabalho anterior do curso de especialização em saúde mental na FIOCRUZ, pesquisamos os “Lares Abrigados” em sua proposta de reintegrar pessoas que, por terem vivido muitos anos em instituições asilares, perderam a autonomia e os sonhos de terem suas casas, de poderem voltar à circular nas ruas, de comprarem sozinhas o que desejassem, entre outras perdas. O interesse pelo benefício de prestação continuada surgiu ao vermos, na instituição pesquisada<sup>3</sup>, que fornecer somente casa e comida a essas pessoas não lhes restituía a autonomia desejada. Seria preciso mudar o vínculo meramente assistencialista e filantrópico, para um modelo no qual essas pessoas fossem pensadas como detentoras de direitos. Seria importante que os usuários pudessem ser habilitados no exercício de seus direitos e estimuladas a decidir quanto à gerência de suas vidas, inclusive no aspecto da gerência de seu dinheiro. Para tanto, pensamos no trabalho anterior, em ações junto à comunidade para que essas pessoas pudessem se aproximar desta, tentando desestigmatizar o usuário de saúde mental. Observamos durante a pesquisa no lar abrigado, que os usuários, ao receberem o BPC, estavam podendo estreitar seus laços com familiares através de visitas, cuidados e projetos pessoais. Muitos deles passaram a fazer planos de voltar a trabalhar, de freqüentar a escola ou grupos diversos e, principalmente voltavam a se sentir parte da comunidade, podendo fazer planos, aprendendo a administrar o que tinham, decidindo quanto ao uso de seu próprio dinheiro. Poderiam ficar um pouco mais independentes e fazer projetos novamente.

Alguns usuários do lar abrigado em questão<sup>4</sup>, perguntavam à equipe, constantemente, se haveria a necessidade de esconderem, quando da revisão do benefício, algumas de suas atividades que geravam alguma fonte de renda. A preocupação desses usuários nos alertou para um possível impasse do beneficiário quanto à afirmação da condição de incapacidade perante uma perícia em relação à sua capacidade de exercer alguma atividade

---

<sup>3</sup> Lar Abrigado Paulo Barreto RJ- ligado ao Instituto Phillipe Pinel

<sup>4</sup> Há uma descrição de caso em anexo nesta dissertação.

produtiva, completar a sua renda. Como seria possível ao usuário que usufrui o benefício, exercer algum tipo de trabalho, que inclusive faz parte da estratégia de devolver a vida que a institucionalização possa ter-lhe tirado, sem temer perder o benefício? Haveria uma oposição entre direito ao trabalho e direito à assistência? A assistência deveria estar restrita somente àqueles sujeitos totalmente incapacitados?

Concluído o trabalho de monografia do curso de especialização na FIOCRUZ e diante desses questionamentos, houve um maior interesse em estudar as políticas sociais de renda mínima para essa clientela, como também os seus impasses.

Queríamos investigar se a proposta de atenção psicossocial (de afirmação da autonomia, resgate da cidadania), e a concessão do benefício que depende de um “atestado de incapacidade para o trabalho” (LOAS, 1993) seriam propostas díspares. Gostaríamos de observar as intrínsecas relações entre políticas sociais e as propostas da reforma psiquiátrica, qual seja, como assegurar o acesso universal de bens e serviços ao cidadão, sem discriminação ou barreiras sociais. Observamos que seria importante refletir sobre o modo pelo qual a afirmação da “incapacidade” do sujeito, como critério de recebimento do benefício, poderia entrar em choque com a proposta de reinseri-lo.

No mesmo período histórico, reforma psiquiátrica e políticas sociais ganham um enorme impulso, graças ao panorama de discussão sobre redemocratização do Estado brasileiro e universalização dos direitos sociais. Cabe lembrar que, as questões referentes aos dois temas (reforma psiquiátrica e políticas sociais) não se tocam apenas quanto à universalização dos direitos e, propostas de cidadania e proteção, mas também porque a reforma psiquiátrica, vem propor não mais um tratamento através do isolamento, como era para Pinel, mas, há um questionamento sobre a loucura para além do contexto clínico, abrindo a questão para a inclusão social preconizada pelas políticas de proteção social. É importante

salientar que, graças ao cenário político da época, que ampliava o conceito de cidadania e o estendia a todo cidadão, é que se pode pensar também que não basta dar ao usuário um tratamento de qualidade, há de se pensar também em sua inclusão social através de políticas de proteção, trabalho protegido e concessão de benefícios.

A LOAS (Lei nº 8.742) foi sancionada em 07 de dezembro de 1993, (Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS) e, em seu Artigo 2º, Inciso V, regulamentou o benefício assistencial, (o Benefício de Prestação Continuada- objeto deste estudo), garantindo um salário mínimo mensal, à pessoas portadoras de *deficiência* e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a sua manutenção ou tê-la provida por sua família caracterizando-se como importante benefício à todo cidadão que esteja na situação descrita por ela.

O benefício, porém, está condicionado a comprovação de incapacidade para a vida independente e para o *trabalho*, concedendo ajuda apenas a um universo limitado de pessoas, dissociada do processo de reabilitação. Há também um enquadramento limitado do usuário de saúde mental na categoria “deficiente”, habilitando-o a receber o benefício, mas trabalhando contra a nova proposta de atenção psicossocial preconizada pela reforma psiquiátrica.

Este trabalho procura investigar como, por um lado, o benefício de prestação continuada tem sido importante ferramenta na desinstitucionalização, dando acesso à políticas de proteção social ao usuário em condição de pobreza e abandono; mas por outro lado como a afirmação da incapacidade do sujeito beneficiário, pode reduzir sua inserção em atividades produtivas de cunho de ganho de autonomia — que é um dos princípios da reforma psiquiátrica.

Procedemos a uma avaliação de duas dissertações de mestrado acerca do benefício quanto a seu histórico, impasses e problemas visando fazer uma análise do material, contemplando as reflexões sobre políticas sociais

de concessão de mínimos sociais. Nossa tônica foi procurar refletir sobre como a concessão do benefício deveria ir ao encontro da construção da cidadania e autonomia e, como ela pode se tornar um fator excludente justamente de quem ela visa proteger. Entre as reflexões que buscamos fazer está a de que direitos sociais não devem estar condicionados a atestados de incapacidade, como também, a de que políticas de mínimos sociais devem ser acompanhadas sempre de políticas de assistência que garantam a reabilitação e re-inserção do assistido. Refletimos ainda sobre as questões das políticas de mínimos sociais, com critérios de pobreza extrema, como é o BPC, e seus efeitos perversos, de manter em condições incapacitantes e excludentes, o beneficiário.

O benefício que vamos estudar possui critérios rigorosos de elegibilidade. Alguns autores<sup>5</sup>, que se debruçam sobre modelos de renda mínima supõem que benefícios que possuem critérios como pobreza extrema e incapacidade, em vez de libertar o beneficiário da instituição e da pauperização, mantêm-no preso a elas. O benefício pretendia garantir um mínimo de renda para a sobrevivência dos cidadãos que dela necessitam ou assemelha-se a outros projetos de renda mínima oferecidos a populações consideradas “incapazes para o trabalho?” Queremos nos reportar a essas propostas e modelos de renda mínima para “pobres” e para “incapazes” trazendo a história desse tipo de medida de proteção e seus diversos reflexos nas épocas em que foram tentados<sup>6</sup>.

Queremos voltar aos argumentos de autores como Castel, Polanyi, Boschetti que tratam da questão da proteção social oferecida pelo Estado e

---

<sup>5</sup> Cabe aqui citar alguns, tais como: Ivanete Boschetti, Ana Lígia Gomes, Ana Lúcia Bortoletto, Jorge Luiz Oliveira, Marlene A. Espada, Otides Maria Michel Duarte, Potyara Pereira.

<sup>6</sup>Podemos observar em alguns aspectos, uma certa proximidade entre o BPC e a Lei dos Pobres, instituída em 1662 na Inglaterra que caracterizava clara oposição entre trabalho e assistência. A assistência somente era garantida mediante dois critérios: domicílio e incapacidade para o trabalho. Como mostra Polanyi (1980), os pobres eram forçados a trabalhar e somente aqueles que não conseguiam trabalho tinham direito à assistência. O princípio fundante era estimular o trabalho como fonte de renda. Podemos estabelecer também comparações com a Lei de Speenhamland de 1795 também na Inglaterra.

da interferência desse tipo de política no acirramento da situação de pobreza e exclusão sabendo que o interesse da mesma se tratava de combatê-las e não sua promoção. Seria importante pensar até que ponto benefícios que tenham como critério a incapacidade não estão excluindo as pessoas que se pretendia ajudar, mantendo-as na posição de “incapazes” visto que, ao se tornarem “aptas”, o mercado de trabalho não as absorve. Pretende-se empreender uma discussão exploratória sobre o tema, envolvendo levantamento bibliográfico e análise, com delineamento de pesquisa bibliográfica, contextualização teórica e histórica do benefício. Pretende-se ainda falar da seguridade social brasileira, instituída legalmente na Constituição de 1988 — a “Constituição cidadã”, que pretendia atuar com um conjunto formado de políticas de previdência, assistência e saúde, mas que ainda hoje não está tendo uma efetiva implementação, dando margem a lacunas nestes setores aqui citados.

Esse trabalho pretende ainda mostrar que não se trata apenas de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário nas instituições especializadas, mas, sobretudo, dar continuidade ao trabalho terapêutico além da crise que levou o sujeito a procurar a instituição.

No intuito de concretizar o objetivo principal deste trabalho optou-se por uma dissertação que recuperasse a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira como também a trajetória das políticas sociais que buscam proteger socialmente, garantindo de um mínimo social. Essa escolha teve como mote o fato de que ao se percorrer uma linha histórica dos acontecimentos que diretamente afetaram a questão da desospitalização observando que o panorama político da época em que esta começou a se efetivar, era bastante favorável à mudanças que englobassem discussões sobre universalidade de direitos sociais e a sua garantia de cidadania a todos os cidadãos. Para melhor compreendermos os processos que levaram a concessão do benefício de prestação continuada ao usuário de serviços de saúde mental precisamos retomar as discussões que o geraram e o porquê de

seu uso. E isso de modo a verificar sua real e efetiva validade na inserção e re-inserção social daquele que ainda denominamos louco.

Foram elaborados quatro capítulos que percorrem uma seqüência capaz de concretizar nosso objetivo e os mesmos estão resumidos abaixo.

### *Capítulo I — Um longo caminho até a Reforma Psiquiátrica*

Este capítulo trata da história da loucura e da importância de se entender o olhar sobre o louco ao longo dos tempos. Faz um recorte histórico da psiquiatria no Brasil.

### *Capítulo II — Um Não Ao Enclausuramento: A Proposta Inclusiva Da Desinstitucionalização*

Este capítulo trata da desinstitucionalização e de que modo esta acabou se desdobrando em um processo que, simultaneamente, desconstrói tanto os saberes e práticas psiquiátricos quanto é capaz de criar e inventar novas configurações práticas e teóricas para se lidar, não mais com a doença ou com a cura desta, mas antes, lidar agora com o sujeito que está submetido e subjugado por uma institucionalização e designação científica da loucura. Examina-se, como meio para um melhor entendimento da questão, certos antecedentes históricos e principalmente a experiência da psiquiatria na tradição basagliana.

### *Capítulo III — Direitos Sociais, Proteção Social E Reforma Psiquiátrica*

Este capítulo tematiza a questão da reforma psiquiátrica e, aponta para a questão do benefício de prestação continuada. Aponta-se, também, o modo pelo qual as políticas sociais estão relacionadas com a busca da reforma psiquiátrica por uma reabilitação psicossocial. Faz-se um estudo mais específico da reforma psiquiátrica, de sua real formulação e prática.

*Capítulo IV — O Benefício De Prestação Continuada Sua Relação Com O Paciente Psiquiátrico*

Partindo da hipótese de que o BPC promove uma melhoria da qualidade de vida do usuário de serviços de saúde mental, possibilitando que ele viva fora dos asilos ou hospitais, este capítulo investiga, dentre outras coisas, como se deu a concessão e a implementação do BPC e qual o impacto desta sobre a vida dos beneficiários. Do mesmo modo aponta para como ele está sendo usado, ou seja, se proporciona maior integração social dos usuários, bem como se existem impasses na concessão e na reavaliação do benefício concedido.

Aponta também para o fato do BPC ser um benefício que só é concedido se for atestada a incapacidade para o trabalho, o que de alguma forma, limita a política de desospitalização e de proteção social. Por esta razão mesma, observamos também a preocupação por parte do beneficiário de esconder a condição de produtivo quando este está inserido em programas de cooperativa ou projetos de reabilitação psicossocial oferecidos nos CAPS, NAPS e Hospitais-Dia. Em outras palavras, este capítulo formula uma questão, a saber: *o benefício estaria facilitando a inserção e a autonomia do beneficiário?*

Propomos também que a LOAS não abarque somente as pessoas que estejam na condição de deficiência como medida de proteção social mas que também os usuários tenham espaço diferenciado.

## **CAPÍTULO I**

### **UM LONGO CAMINHO ATÉ O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

O dilema em que se encontra o usuário dos serviços de saúde mental talvez não seja bem compreendido se não for feita uma referência à própria história do movimento da Reforma Psiquiátrica e à construção histórica do conceito de loucura. Uma tal referência justifica-se na medida em que o dilema em que se encontra esse usuário, qual seja, o de ter o direito a um benefício de prestação continuada e a sua suspensão mediante a conquista de uma atividade remunerada que consolide a sua autonomia, configura-se numa conseqüência da sua condição de cidadão.

A partir da aprovação da lei 10.216, em abril de 2001<sup>7</sup> conseguimos um importante avanço no que aborda à questão dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ora, esses direitos não lhe foram reconhecidos desde sempre, tampouco é um fato isolado no contexto das conquistas no âmbito das Políticas Públicas de Saúde, consolidadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que versava sobre a

---

<sup>7</sup> A lei 10.216 se encontra anexa.

universalização do direito social tanto à saúde quanto ao trabalho. Se levamos em conta as razões manifestadas pelo próprio Ministério da Saúde para reiterar o seu apoio à aprovação da referida lei, esta desfaz uma injustiça e preenche, entre outros requisitos, uma lacuna legal, que consiste justamente no reconhecimento da condição de cidadão do usuário dos serviços de saúde Mental e, por conseguinte, dos seus direitos enquanto tal. No Informe Saúde, de abril de 2001 observa-se que a lei federal vigente até então datava de 1934, “um período sombrio para as instituições democráticas, que desembocou na ditadura do Estado Novo. Essa velha legislação apresenta uma visão autoritária sobre o tratamento. Por isso, é incompatível com o pressuposto ético de que o doente mental é um cidadão – e como tal deve ser tratado”.

Sendo assim, percebemos um impasse que se apresenta diante desse cidadão, usuário de serviços de saúde mental, e, sem fazer menção à história das lutas empreendidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, como também, através do tratamento que sempre foi destinado a essas pessoas é correr o duplo risco de 1) compreender mal o alcance e a importância da resolução desse impasse e 2) minimizar ou, o que daria no mesmo, desdenhar o esforço dos usuários que militam e dos profissionais da área da Saúde, no sentido de evitar o fantasma da exclusão social.

### 1.1 — Uma Possível História da Loucura

Percorrer o caminho da história da loucura e suas várias representações sociais, é uma forma de entender e compreender a razão pela qual estes indivíduos foram afastados do convívio da sociedade.

Ao remetermo-nos ao imaginário cotidiano, percebemos o quanto é bastante forte a representação e categorização generalizada destes indivíduos.

Foucault, em sua *História da Loucura*(1978), afirma que, desde o século XIV ao século XVII, a exclusão como forma de eliminação de

peças indesejadas é uma prática constante, isto decorre do fato de existirem indivíduos que não se encaixam nos valores éticos, morais e nos modelos estéticos que já se encontram totalmente enraizados a cada época. A prática de exclusão, onde o louco estava associado aos cegos, leprosos e demais pessoas marginalizadas, foi um elemento predominante em diferentes épocas. Retirá-los do convívio social, seja enviando-os em embarcações marinhas, seja fechando-os em celas e calabouços, asilos e hospitais não é uma invenção moderna. Todavia, o olhar para o louco era diferenciado, este não era visto como um doente mental.

Para compreender melhor esta questão, torna-se interessante fazer uma revisão pelos escritos de Michel Foucault, onde é possível perceber, a partir do século XVII, diferentes olhares e razões para o enclausuramento do louco. Ressaltemos que, psicopatas, alienados, doentes mentais, são termos que foram se modificando segundo determinados períodos históricos. Do mesmo modo, os sujeitos incluídos neles.

Seguindo o caminho percorrido por Foucault, vê-se que no século XVII, na Europa, a internação desses indivíduos é um grande movimento, há um período de segregação e categorização, destes. Todavia, a loucura é internada, não por ser compreendida como doença, mas antes, sua institucionalização se dá pela mesma razão que é preso o devasso e o libertino (Foucault, 2002, p.73). Os excluídos eram categorizados e separados em grupos distintos, entre os quais estavam os indigentes, vagabundos e mendigos; prisioneiros; "pessoas ordinárias"; "mulheres caducas"; "velhas senis ou enfermas"; "velhas infantis"; pessoas epiléticas; "inocentes malformados" e disformes, pobres bons, "moças incorrigíveis" e o louco. (Idem, p. 82)

Em *Doença Mental e Psicologia*(1962), Foucault aponta para o fato de que neste período foram criados, em toda a Europa, estabelecimentos para a internação do louco. Sobre isso fala-nos:

*Estas casas não têm vocação médica alguma; não é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não da conduta dos indivíduos. O internamento é, sem dúvida, uma medida de assistência; as numerosas fundações de que ele se beneficia provam-no... (...) A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte da produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas".* (Foucault, 1975, p.79)

A assistência era dada através da internação e aqueles que eram internados eram considerados incapazes de circular na sociedade. Até a Revolução Francesa, era comum ver-se o louco enjaulado, exposto. Foi apenas com o Iluminismo, com sua valorização à razão, que se começou a alterar de forma definitiva a maneira de se olhar para o louco e para a loucura. Ainda, para Foucault:

*O Iluminismo endossou a fé dos gregos na razão (eu penso, logo existo, formulou Descartes). E a tarefa da idade da razão foi, ganhando em autoridade da metade do século XVII em diante, criticar, condenar e massacrar qualquer coisa que seus protagonistas considerassem tola ou irracional. Todas as crenças e práticas que parecessem ignorantes, primitivas, infantis ou inúteis eram logo descartadas como idiotas ou insanas.* (Foucault, 2002, p. 86-87)

Entendendo que "*a história da loucura é a história do poder*", como salientou Roy Porter<sup>8</sup>, então entenderemos as razões pelas quais o Estado aparece como partícipe fundamental na maneira de conduzir a questão do louco. Coube ao Estado trazer a si a responsabilidade de cuidar, e curar, do doente mental.

Nesse contexto, verificou-se a necessidade de se criarem condições para que pudesse exercer a 'cura' do melhor modo possível. Surgindo, assim, a necessidade de se encontrar um lugar que abrigasse os alienados, isolando-os da sociedade, pelo perigo que passaram a representar. Aparece, então, o hospício, inicialmente como um local de estrutura e normas semelhantes a uma prisão, com o objetivo de privar esse doente mental do convívio social, mas também lidar com a possibilidade de reconduzi-lo à sociedade como elemento produtivo na ordem social.

Segundo Foucault (1978) internar o louco era o procedimento assistencial da época, pois com o isolamento do convívio poderiam estudar e proceder quanto às medidas médicas preconizadas por Pinel na França, Tuke na Inglaterra, e Wagnitz e Riel na Alemanha — o tratamento moral. Todo aquele considerado "incapaz" deveria ser confinado, observado e estudado. O sujeito que não fosse considerado "incapaz" não obteria qualquer medida assistencial e não seria recolhido, mas obrigado a trabalhar.

O asilo ideal que Tuke montou na Inglaterra, por exemplo, é considerado como a reconstituição em torno do alienado de uma quase-família, onde ele é submetido a um controle social e moral ininterrupto; a cura está no fato de reinculcar-lhe o sentimento de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que seriam a armadura moral da vida familiar. Utiliza-se para consegui-lo meios diferenciados, tais como ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, em resumo, tudo o que pode ao mesmo tempo infantilizar e culpabilizar o louco.

---

<sup>8</sup> Em seu livro *Uma História social da Loucura*. (ver *Dicionário de Psicanálise*; ROUDINESCO. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor; 1998)

Pinel, em Bicêtre, depois de ter “libertado os acorrentados” que lá se encontravam em 1793, reconstruiu em torno deles um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento. O louco é vigiado, havendo uma sanção imediatamente após qualquer desvio em relação a uma conduta normal. Ao médico caberia o controle enquanto intervenção terapêutica. O médico representava, no asilo, o agente das sínteses morais.

Foucault nas relações entre internamento e exclusão:

*(...) o essencial é que o asilo fundado na época de Pinel para o internamento não representa a “medicalização” de um espaço social de exclusão; mas a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham algum caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica. (Foucault, 1975 p. 83)*

É a partir deste contexto que podemos falar do surgimento de hospícios na França, país pioneiro na adoção do modelo asilar. Este aparecimento deu-se através de uma intensa discussão, que envolveu diversos setores da sociedade, entendendo tal necessidade como uma medida médica estratégica. Pinel e Esquirol, e sua teoria do imprescindível isolamento para a cura, foram os responsáveis pelas normas implantadas e, nesses estabelecimentos, implementadas e utilizadas.

O enclausuramento em asilos “das pessoas alienadas” ou “loucas” que se deu no século XVII, não se dava por uma tutela médica. Foi à medida que a reclusão dos alienados passou a ser definida como algo terapêutico e indispensável, justificado pela idéia de que era preciso isolar do mundo externo para então tratar, é que o tratamento moral foi amplamente aceito e legitimado. A psiquiatria era a garantia que salvava a legalidade. A loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos

buscando sua cura. Surgiram a internação e o tratamento moral como elementos terapêuticos do movimento alienista<sup>9</sup>.

A psiquiatria se constituiu, então, como uma modalidade de saber e de prática médica centrada no campo moral. Com efeito, se a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como enfermo mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, em contrapartida retirou dele também as demais condições de cidadania. Assim o universo da loucura foi excluído definitivamente do espaço social por representar uma ameaça à ordem social, na medida em que subvertia os seus fundamentos normativos. Essa exclusão social da loucura teve como correlata à exclusão dos loucos no espaço familiar, de forma que a instituição psiquiátrica e o Estado passaram a definir os destinos sociais dos doentes mentais no lugar da instituição familiar.

Com Pinel e Esquirol, a investigação empírica, herdeira de Bacon e Condillac, converteu-se na clínica, estabelecendo as bases da construção teórica da psiquiatria. Mas adiante surge a *teoria da degeneração ou da degenerescência*. Esta foi uma teoria etiológica das mais marcantes, baseada no pressuposto que haveria progressiva degeneração mental conforme se sucedessem as gerações: nervosos gerariam neuróticos, que produziram psicóticos, que gerariam idiotas ou imbecis, até a extinção da linhagem defeituosa. Tal teoria foi sistematizada por Morel (1809-1873), no *Tratado das Degenerescências*, de 1857, onde a degenerescência se definia como desvio de um tipo primitivo perfeito, desvio este transmissível hereditariamente. (Ackerknecht, 1964; Serpa Jr., 1998)

Mais tarde, a partir de 1870, V. Magnan (1835-1916) retomou Morel, mas redefiniu a idéia de degenerescência à luz do evolucionismo, considerando-a um estado patológico, em que os desequilíbrios físico e mental do indivíduo degenerado interromperiam o progresso natural da espécie; certos tipos específicos de loucura estariam associados à

---

<sup>9</sup> Este movimento alienista foi implementado por diferentes estudiosos e psiquiatras, cabendo destacar entre eles, Pinel, Esquirol, Georget e Ferrus.

degenerescência — todo degenerado seria um desequilibrado mental, mas nem todo louco seria degenerado; tal degenerescência poderia ser herdada ou adquirida, manifestando-se em sinais, chamados estigmas, que poderiam ser físicos, intelectuais e comportamentais. A idéia da degenerescência como etiologia da doença mental sofreu transformações até ser gradativamente abandonada, declinando principalmente depois da terceira década do século XX.

Ressalte-se que, no começo do século XIX a *loucura* passa ser percebida como uma conduta desregulada e anormal do indivíduo, devendo este ser asilado do convívio social e tratado pela medicina. Isso decorreu com o advento da *ciência moderna*, que passa a apensar o homem como centro da produção de saberes, com suas operações discursivas.

Neste momento se inscreve o termo *doença mental* e se confia ao hospital o confinamento. A Ciência se apropria do saber, da produção dos conceitos e passa a utilizar as práticas institucionais médicas para a cura ou reversão do “louco”. Assim se estabelece a função do hospital psiquiátrico do século XIX e do médico como produtor de verdades sobre as doenças no corpo. O poder médico é justificado pelo privilégio técnico e científico do conhecimento que lhe permite produzir doravante a realidade de uma *doença mental*, que passa ser codificada, controlada, testada, diagnosticada. Pela psiquiatria clássica.

Seguindo o pensamento de Foucault em *A História da Loucura* (1978), pode-se dizer que esta estrutura de ordenação de saberes passa ser um campo “fecundo” para a produção do conhecimento científico na Modernidade. A fala científica estabeleceu hegemonia sobre outros discursos, assim como a “mente” assumiu essa autoridade sobre as falas do corpo, e, conseqüentemente, silenciou-se o próprio corpo. Surge uma verdade, a científica, que parece ser irrefutável.

Numa alusão a Nietzsche, seguindo a ótica de Machado (1999), o conceito de *verdade* criado pela ciência, atribuiu um sentido forjado, e isso

porque foi construído para manter uma determinada estrutura social e política que se formava. Houve, assim, um falseamento do real e do pensamento. É Foucault quem retoma esta noção nietzscheana acerca da verdade, todavia, o pensador francês acrescenta a ela o termo “Invenção”. Para ele, a verdade das coisas está intimamente ligada a uma verdade do discurso (que também é uma construção), onde o conhecimento aparece como um resultado histórico, resultado este que é apropriado pelo homem a partir do mundo das coisas<sup>10</sup>.

O poder para Foucault é um poder disciplinar, não destrói o indivíduo, mas o constrói. Logo, este poder disciplinar é um instrumento de saber que permite o controle do corpo e das mentes:

*A ação sobre o corpo, o adestramento do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com os objetivos de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça, pela primeira vez na história, essa figura singular, individualizada – o homem – como produção de poder. Mas, também, e ao mesmo tempo, como objeto de saber. (Machado, 1979: XX)*

Nas análises de Foucault, o poder disciplinar é positivo e funciona como uma rede. O domínio da técnica sobre o corpo é um mecanismo e um instrumento de poder. Mas também a técnica é disciplinar e possibilita a inserção dos corpos em um espaço individualizado produzindo rapidez e o máximo de eficácia.

---

<sup>10</sup> Aqui nos voltamos à Arqueologia foucaultiana onde, conforme alude Deleuze segundo a interpretação de Roberto Machado em seu Livro *Deleuze e a Filosofia*, a ciência aparece como um discurso que tem a pretensão da verdade. Em outras palavras, aparece como constituição de um campo de saber onde se exercem e se fabricam as relações de poder. Por isso o saber funciona para a sociedade dotado de poder, onde apenas o poder é uma segunda dimensão irreduzível à do saber, são indivisíveis e o saber é feito de formas concretas, visíveis; do que é enunciável, como um arquivo, e o poder é exercido, feito de forças; correlações, como um diagrama.

Segundo Ewald (1995), Foucault está na verdade questionando a separação entre razão e loucura, onde esta é tomada como o inverso da razão, como a *desrazão*. Para tanto, discute o conjunto dos discursos que foram se impondo pela razão ao falar sobre a não-razão. Razão que se torna uma figura de poder e passa a funcionar também como um mecanismo de exclusão.

Ao discutir o saber psiquiátrico baseado em discursos racionais, esse pensador levanta questões sobre como a ciência tem sido organizada em disciplinas estanques, em territórios isolados e mesmo excludentes, construindo-se, assim, verdades específicas e próprias, inerentes a esses determinados campos. Verdades que totalizam e passam a ser vistas como universais, permanentes, eternas e ahistóricas.

É, principalmente, a partir do século XIX, com a emergência do que Foucault denomina de *instituições de seqüestro*, que o poder epistemológico se estabelece, passando a ser um dos responsáveis pela constituição das ciências humanas e sociais. Tal rede de estabelecimentos passa a ter como principal característica a vigilância e a disciplina, através de uma série de funções (Foucault, 1975). Por todo o século XIX, esses estabelecimentos se multiplicam objetivando o seqüestro e o controle de três funções: do tempo, do corpo e do saber dos sujeitos a eles submetidos e neles incluídos. É a famosa inclusão por exclusão, típica das sociedades disciplinares, “*que tem por função ligar os indivíduos aos aparelhos de produção, formação, reformação ou correção de produtores*” (Foucault, 1996, p. 114).

A primeira função dessas instituições, segundo Foucault, é o controle do tempo, visto ser imperioso que o tempo dos homens seja constantemente colocado à disposição dos aparelhos de produção. Daí, a grande preocupação em conseguir extrair, controlar e vigiar o tempo de existência dos sujeitos nos diferentes espaços e nos diferentes momentos de sua vida.

*É preciso que o tempo dos homens seja colocado no mercado, oferecido aos que o querem comprar, e comprá-lo em troca de um salário; e é preciso,*

*por outro lado, que este tempo dos homens seja transformado em tempo de trabalho. (Foucault, 1996, p. 116).*

A segunda função dita “*que o corpo dos homens se torne força de trabalho*” (Foucault, 1996, p. 119). Em outras palavras, diz respeito ao controle dos corpos que passaram a ser, a partir do século XIX, formados, reformados, corrigidos, para adquirirem aptidões, qualificarem-se para poder, cada vez mais, se disciplinarem, se submeterem e trabalharem melhor.

Já, a terceira função está no poder epistemológico, um poder polimorfo e polivalente que, segundo Foucault, tem o propósito de extrair os saberes produzidos pelas mais diversas práticas dos sujeitos submetidos e controlados pelos diferentes poderes. Através de minuciosos e constantes registros, observações e classificações dos comportamentos desses sujeitos, em diferentes situações e momentos, vai sendo construído um outro saber sobre ele, que fala dele, que o descreve, diagnostica, que prescreve o que, como e quando deve agir, pensar, sentir. Enfim, que rumos deve dar à sua vida. Aprende, com isto, a caminhar neste mundo guiado por modelos, que dizem o que fazer e como fazer e onde em nenhum momento é colocado em questão o para quê fazer. Nesses modelos estão as verdades, que definem e determinam como ser bom cidadão, bom pai, bom filho, etc. Vários saberes são aí produzidos: o tecnológico, o de observação e o clínico.

Dessa forma, são extraídos dos próprios sujeitos seus saberes produzidos por suas práticas cotidianas. Este conhecimento será transcrito e acumulado segundo certas normas. Diante disto entende-se a razão pela qual para Michel Foucault

*o saber psiquiátrico se formou a partir de um campo de observação exercida prática e exclusivamente pelos médicos enquanto detinham o poder no interior de um campo institucional fechado que era o asilo, o hospital psiquiátrico (Foucault, 1996, p. 122).*

O confinamento e a exclusão passaram a ser práticas de tratamento, legitimados pelo saber médico que indicava que era preciso observar a doença e seus percursos para poder interferir em seu curso.

A cura seria espontânea se o sujeito fosse isolado do que poderia estar lhe causando “as aflições” e as manifestações de sua doença. O asilo também reprimiria os vícios e as irregularidades e combateria a devassidão e a preguiça, que em si, já seriam formas de intervir sobre a doença. Através do tratamento moral de Pinel, haveria uma uniformização moral e purificação da loucura.

## 1.2 — Uma Breve História da Psiquiatria no Brasil

Quase meio século após sua consolidação na Europa, a psiquiatria chegou no Brasil. Em um país que nasce como colônia de exploração, a sociedade possuía características peculiares. Prioritariamente, era voltada ao trabalho servil e as cidades giravam entre senhores abastados e escravos. Dentre estes, entretanto, se via um grande número de pessoas deslocadas socialmente, indivíduos que não eram reconhecidos em nenhum meio social.

Essa gama de ‘desocupados’ sempre causou incômodos. Logo, a eles foi oferecido um local de reeducação, de modo a que pudessem adquirir um convívio social útil. Todavia, foi nessa mesma massa ‘desocupada’ que se misturaram os loucos. Mas estes necessitavam de cuidados diferenciados e em nome desta necessidade foram inseridos em instituições psiquiátricas, os hospícios. (Machado; Loureiro; Luz. e Muricy, 1978, p.485-492).

Na verdade, a movimentação pela criação de um hospício teve início em 1830, quando a recém criada Sociedade de Cirurgia e Medicina do Rio de Janeiro lança palavras de ordem que se tornaram um bordão bastante conhecido: “aos loucos o hospício”. Clama-se pela necessidade de construção de um local específico para os loucos, especialmente dos loucos pobres, que vagavam perigosamente pelas ruas.

Ressalte-se que, os loucos ricos, normalmente, já eram presos ou isolados em casa. Na área teórica, não havia grande quantidade de trabalhos, sendo em sua totalidade iniciativas isoladas de alguns alunos dos cursos de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador. A cadeira específica de psiquiatria só viria a ser criada em 1881, na faculdade carioca. Da mesma maneira como na Europa, o louco passou a ser visto no país como um sujeito à ser excluído da sociedade e os médicos passaram a clamar pela construção do hospício como o local necessário à sua reclusão para tratamento.

A relação do Estado para com eles era de natureza muito mais jurídica que correcional, como coloca Nelson Santos:

*A maneira pela qual o Estado lidava com os loucos era determinada pelas leis, decretos e resoluções que colocavam o louco como ameaça à segurança e, por isto, a atenção ia no sentido de dar proteção social. A colocação dos considerados loucos nos asilos, realizada pelas autoridades públicas, estava perfeitamente enquadrada nos textos legais. (In Corrêa, 1982, p. 36)*

Os doentes mentais eram recolhidos à Santa Casa de Misericórdia, porém sem receberem o tratamento que se julgava adequado. Sob os cuidados das religiosas, os loucos ficavam em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros. E os enclausurados eram submetidos à fome, ao frio, à sujeira e correntes.

O reivindicado tratamento adequado seria função do hospício, seguindo o modelo francês. No entanto, ao contrário do que se vira na Europa, a implantação do hospício não foi tema de nenhuma grande discussão ou qualquer tipo de debate que gerasse mobilização na sociedade. A implantação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, através de um decreto de Dom Pedro II, em 18 de julho de 1841, foi uma solução adotada sem muitos debates e de forma tranqüila. (Corrêa, 1982)

Do decreto à inauguração ainda se passaram onze anos, quando em 05 de dezembro de 1852 o hospício abriu as portas. Mas não se pode negar que a criação do pioneiro Pedro II, mesmo com todos os defeitos que lhe perduraram pelo século XX, representa, para diversos estudiosos, uma simbólica “data de nascimento” para a psiquiatria no país.

Ressalte-se que a sociedade foi envolvida apenas posteriormente. Isso decorreu por meio do debate que se instalou nos meios públicos, com a intensa utilização de jornais. Esta discussão, no entanto, só foi viabilizada com a retirada das Irmãs de Caridade do hospício, no final do século XIX. Essa retirada se deu no momento em que se formavam outros parâmetros institucionais que chegavam com a República, como também era

estabelecida uma desvinculação do Estado com a Igreja. A partir desse momento de nossa história, os psiquiatras passaram a cobrar mais fortemente um espaço de comando dentro do hospício, assim como uma posição mais presente do Estado em relação ao louco.

Salientemos que com este posicionamento, a relação do Estado com o louco, passou a apresentar um duplo aspecto, onde por um lado se estabelecia uma defesa da coletividade contra o perigo representado pelo louco. E por outro, uma defesa deste contra os abusos passíveis de serem praticados pela coletividade. O doente sendo entendido como *incapaz* de uma auto-gestão fica passível de sofrer abusos tanto contra a sua pessoa quanto contra a seus bens. (Machado; Loureiro; Luz. e Muricy, 1978, p.485-492)

Após a Segunda Guerra Mundial, surge na Europa a necessidade de desenvolver-se um olhar para o louco que não fosse mais o de um adoecido crônico. Da preocupação com a doença mental inicia-se uma preocupação com a saúde mental, onde começam a surgir as primeiras propostas de reformas psiquiátricas.

Movimentos como Comunidade Terapêutica e Psiquiatria de Setor ganham força ao fim dos anos sessenta, mas, no Brasil é em meados da década de setenta que novas propostas de reformulação da psiquiatria ganham real valor (Amarante, 1995<sup>11</sup>).

A principal referência teórica do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido a experiência italiana liderada por Franco Basaglia. O objetivo maior da Reforma Psiquiátrica não foi tratar de forma mais adequada o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura.

Amarante (1997) indica que o objetivo da Reforma Psiquiátrica seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições

---

<sup>11</sup> Para um melhor entendimento de Comunidade Terapêutica e Psiquiatria de Setor como propostas de Reformas psiquiátricas, ver “Loucos pela vida” (1995).

estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

Amarante (1997, pp 165) conceitua Reforma Psiquiátrica como sendo:

*“um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual”.*

Ressalte-se que esta Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo que surge de forma mais concreta a partir da conjuntura de redemocratização e do fortalecimento das políticas de proteção social, principalmente no campo assistencial. Tendo como fundamentos uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a dita conjuntura de redemocratização. Esta temática, como dito na Introdução, é um dos pontos axiais deste trabalho, merecendo, assim, uma ênfase especial no Capítulo III.

**CAPÍTULO II**  
**UM NÃO AO ENCLAUSURAMENTO:**  
**A PROPOSTA INCLUSIVA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

2.1 — Antecedentes Históricos da desinstitucionalização

O conceito de desinstitucionalização é uma das mais importantes referências, e não apenas no Brasil, do atual projeto da Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (1996) é com Basaglia que o conceito ganha uma dimensão maior e deixa de representar somente desospitalização da loucura, remontando a idéia de desconstrução. A desinstitucionalização torna-se um processo que deve ser levado a cabo, não apenas no hospital psiquiátrico, mas, no conjunto de saberes e práticas operadas. Seria a desconstrução do conceito de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento, que contém também uma crítica ao lidar social e político com os mesmos. O autor afirma:

*A desinstitucionalização, em Basaglia, é construída fundamentando-se em duas noções, quais sejam, institucionalização e poder institucionalizante, que são derivadas tendo como bases os conceitos de neurose institucional, de Burton, e de instituição total, de Goffman. São conceitos que, trazendo à luz do processo de institucionalização, apontam, conseqüentemente, para a real dimensão desinstitucionalizante. ‘Institutional neurosis’ abre, para Basaglia, a perspectiva de uma nova dimensão de “vazio emocional” do enfermo, uma vez que ultrapassa o muro da internação e demarca os efeitos da institucionalização sobre o institucionalizado, que se configuram como de caráter mais nocivo que terapêutico. Em outras palavras, a institucionalização passa a ser percebida como novo problema, como algo a impor novos sofrimentos e alienação, e não como solução terapêutica para a enfermidade mental.* (Amarante, 1996, p.83)

Seguindo a leitura de Basaglia e Amarante, Goffman se torna fundamental, visto que o autor ao isolar a categoria “instituições totais”, em seu *Manicômios, prisões e conventos*, tenta mostrar que estas instituições determinam a exclusão social do indivíduo. Este “fechamento” ou seu “caráter total” é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico como portas fechadas, paredes altas, arame farpado. A esse tipo de estabelecimentos, o autor dá o nome de “instituições totais”. O autor enumera as instituições totais em cinco agrupamentos, quais sejam:

- Instituições criadas para cuidar de pessoas que, são incapazes e inofensivas (casas para órfãos, cegos, velhos e indigentes);
- Locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade (sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários);

- Instituições organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais, (cadeias, penitenciárias, campos de concentração);
- Instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho tais como quartéis, navios, escolas internas. (Goffman, 2001)

Goffman (1961) ainda nos mostra os efeitos da instituição sobre o indivíduo institucionalizado:

*A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu.*

*(...), se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturamento”, isto é, “destreinamento”- que o torna temporariamente incapaz de enfrentar aspectos da vida diária. (Goffman, Manicômios, prisões e conventos.)*

Basaglia (1985) então retoma essa perda e mutilação do eu, proposta por Goffman, mostrando que produz-se uma nova identidade do sujeito quando fica institucionalizado:

*Se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova, segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os estereótipos culturais com que o rodearam. Por isso, pode-se dizer que o doente mental, colocado em uma instituição cuja finalidade terapêutica torna-se ambígua, diante de sua obstinação em referir-se a um corpo doente, é levado a fazer dessa instituição seu corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe. (Basaglia, As Instituições da Violência p.121.)*

O doente é envolvido por um espaço criado originalmente para torná-lo inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas que na prática aparece paradoxalmente como um lugar constituído para o completo aniquilamento de sua individualidade, como palco de sua total objetivação.

A transformação do sujeito que padece de sofrimento para um sujeito que perde suas características próprias por intervenção da instituição que passa a gerenciar sua vida é muitas vezes tratado por Goffman e Basaglia. Basaglia cunha esta intervenção da instituição de institucionalização. Amarante cita a definição de Basaglia sobre institucionalização:

*O complexo de 'danos' derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são as expressões e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do eu, o introduz a um vazio emocional. (Amarante, 1996, p. 84).*

No trabalho de desconstrução do manicômio e de inclusão do paciente seria preciso eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais, reconstruir o direito e a capacidade de palavra; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

Não se quer negar o fenômeno da loucura, o que ocorre é que não se acredita mais que para conhecê-la se deve alijar o sujeito da sociedade. O que provoca essa separação da loucura das relações na cidade, na

comunidade, é a idéia de que, institucionalizadas, elas estariam tendo tratamento.

Se por outro lado passamos a acreditar que não há uma relação direta entre o tratamento e o lugar em que ele se dará, e ainda se consideramos os efeitos da institucionalização, então é preciso desinstitucionalizar não o manicômio, mas desinstitucionalizar a loucura (o paradigma problema-solução), trazendo-a para o nosso cotidiano.

Falar em desinstitucionalização, dentre outras coisas significa também delimitar<sup>12</sup> a responsabilidade oficial dos Estados Modernos pelos chamados problemas sociais. Responsabilidade esta que surge e pode confundir-se com a própria história da constituição da democracia americana e européia após as duas grandes guerras. Os desdobramentos que se seguiram à reestruturação desses países e que, conseqüentemente, redefiniram as políticas sociais, representaram manancial importante na formulação de propostas de mudanças nas formas do ordenamento social.

Conforme afirmam alguns autores, entre eles Mirna Koda, a desinstitucionalização acabou se desdobrando em um processo que, simultaneamente, desconstrói tanto os saberes e práticas psiquiátricos quanto é capaz de criar e inventar novas configurações práticas e teóricas para se lidar, não mais com a doença ou com a cura desta, mas antes, lidar agora com o sujeito. (Koda, 2002)

Apesar de sermos cientes de haver movimentos questionadores e contestadores acerca das práticas e saberes psiquiátricos desde as primeiras décadas do século XX, foi apenas em meados dos anos 60 que se pode dizer ter-se dado o ‘pontapé’ inicial para um processo real de reformulação dos paradigmas e práticas psiquiátricas, bem como aa um processo que culmina hoje no que se conhece por desinstitucionalização da doença e do louco.

---

<sup>12</sup> Fato que ocorreu no interior do processo de reestruturação sócio-institucional das sociedades européias e americana após as duas guerras mundiais.

Não se nega o fenômeno da loucura, mas não se acredita que para isso é preciso separar as pessoas da sociedade. O que provoca essa separação da loucura das relações na cidade, na comunidade, é a idéia de que, institucionalizadas, elas estariam tendo tratamento. A propósito do conceito de desinstitucionalização, Rotelli (1993) diz que:

*O primeiro passo da desinstitucionalização foi o de começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida. O primeiro passo consiste no fato de que não se pretende enfrentar a etiologia da doença (ao contrário, renuncia-se efetivamente a qualquer intenção de explicação causal, mas, ao contrário, se adota a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental - isto é, o problema - assumiu aquelas formas de existência e de expressão. Por isso, a reproposição da solução reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional. O problema não é a cura, (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) da convivência diversa. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é entendida como a perseguição da solução-cura, mas um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediadas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.*

Desinstitucionalizar é mudar a forma de olhar para o paciente, fazendo um trabalho voltado para a reconstrução de vida das pessoas. Este processo não provoca uma mudança somente nas instituições, mas busca conferir um novo estatuto de direitos àqueles que por muito tempo ficaram presos nas instituições sem quaisquer direitos.

## 2.2 — O Movimento Antipsiquiátrico

Numa leitura mais minuciosa acerca das questões que nos remetem a um movimento contrário ao enclausuramento e ao tratamento psiquiátrico que durante anos vigorou no mundo ocidental, podemos destacar um histórico deste movimento, que começou com a denominada *antipsiquiatria*. Segundo Eribon (1990) e Amarante (1995) a antipsiquiatria teria tido sua origem nos anos 60, mais precisamente surgira como um movimento contracultural, começado em Londres<sup>13</sup>.

O termo antipsiquiatria passou a ser usado na década de sessenta para designar uma corrente doutrinária na área de saúde mental que tinha por característica principal contestar uma pretensa validade da Ciência Médica, de modo a poder buscar uma resolução para os problemas de psiquiatria. Seus conceitos propagaram-se para áreas afins, no bojo dos movimentos de protesto das conturbadas décadas de 60 e 70. Roudinesco, em seu Dicionário de Psicanálise, fornece a seguinte definição:

*Embora o termo antipsiquiatria tenha sido inventado por David Cooper num contexto muito preciso, ele serviu para designar um movimento político radical de contestação do saber psiquiátrico, desenvolvido entre 1955 e 1975 na maioria dos grandes países em que se haviam implantado a psiquiatria e a psicanálise: na Grã-Bretanha, com Ronald Laing e David Cooper; na Itália, com Franco Basaglia; e no Estados Unidos, com as comunidades terapêuticas, os trabalhos de Thomas Szasz e a Escola de Palo alto de Gregory Bateson. (...) Como utopia, a explosão da antipsiquiatria foi radical, e Cooper sublinhou isso ao discursar em Londres, na tribuna do congresso mundial de 1967, o qual almejava inscrever a antipsiquiatria no quadro de um movimento geral de libertação dos povos oprimidos (...) Cooper prestou uma vibrante homenagem aos participantes da comuna de 1871, que haviam atirado nos relógios para acabar com*

---

<sup>13</sup> Um grupo de psiquiatras e psicanalistas, como Ronald Laing, David Cooper, reuniram-se para discutir suas experiências clínicas com doentes mentais.

*“o tempo dos outros, o dos opressores, e assim reinventar seu próprio tempo”* (Roudinesco e Plon, 1998).

Portanto, a antipsiquiatria aparece como uma possibilidade de construir um novo saber sobre o louco, a loucura e seu enclausuramento. Cabe salientar que esta foi formada pela confluência de várias correntes de pensamento que dominaram a sociedade ocidental a partir do final do Século XIX e parece que se adentrará, felizmente, pelo XXI.

Segundo Eribon (1990) e Amarante (1995), dois fatores importantes mais cruciais teriam levado ao surgimento de um movimento de antipsiquiatria. Em outras palavras, foram apontados dois problemas cruciais, a saber:

1. O próprio questionamento do modelo psiquiátrico clássico.
2. A verificação de deficiências assistenciais dos asilos-manicômios, que acarretava numa ação crônica da doença.

As ditas “doenças psiquiátricas”, tais como a esquizofrenia, eram, então, vistas como frutos de dispositivos de repressão da sociedade e da família, sendo que aquele que não se adequasse aos modelos padronizados seria segregado e confinado em asilos e manicômios.

A psiquiatria clássica passou a ser encarada como um veículo de repressão e violência, o que suscitou um esforço contínuo de mudança por parte destes denominados antipsiquiatras. Na verdade, este grupo estava apontando para a humanização do tratamento e a busca para um fim da clausura e do castigo para aqueles que não se enquadram nas normas ditas pela sociedade. Nesta busca as alternativas também iam para além da prática, onde a teoria tinha como referência autores tais como Nietzsche, Kierkegaard, Hiedegger, Sartre e Marx. (Roudinesco e Plon, 1998)

O primeiro a implantar um trabalho contrário ao paradigma da psiquiatria tradicional foi David Cooper. Em sua experiência investigou a esquizofrenia, o fez por meio de estudos de grupos e da internação familiar, tendo estabelecido uma pequena unidade autônoma num pavilhão do hospital de Kingsley Hall onde clinicava.

Em suas observações percebeu que as pequenas unidades constituíram meios terapêuticos ideais para o tratamento dos pacientes, permitindo, assim, maior liberdade de movimentos e evitando a imposição de papéis como preconizava a psiquiatria tradicional. A experiência, no entanto, encontrou muitas resistências e teve que ser interrompida.

Com o propósito de criar centros acolhedores de doença mental em Kingsley Hall e tendo por objetivo investigar as causas da doença mental, bem como sua prevenção, ajudar financeiramente os doentes mentais e promover a formação daqueles que se interessavam pela nova concepção de doença mental, em 1965 os primeiros teóricos da antipsiquiatria fundaram a Philadelphia Association.

Nesse momento da recente história da antipsiquiatria, percebe-se que o grupo que se organizava possuía uma orientação voltada para a esquerda. Assim sendo, estes buscam na leitura da obra de Michel Foucault enfoque político, servindo-se de sua obra como importante arma para suas teses, de forma estratégica como desejava o próprio Foucault. Todavia, cabe ressaltar que esta foi uma apropriação específica da obra e que outros teóricos foram ainda mais utilizados, principalmente Basaglia.

### 2.2.1 — História da Loucura: o monólogo da razão sobre a loucura

Segundo Didier Eribon (1990), o próprio Foucault, percebeu, em meio a sua frustração com a repercussão de sua obra, que além de um grupo de historiadores, como Barthes, Serres, Blanchot e alguns analistas da literatura, um grupo de teóricos da loucura (ingleses) mostrara-se interessado e impulsionado à leitura de *Historia da Loucura*.

Este grupo que se formava tinha como *enfoque* uma importante arma que denunciava as atrocidades cometidas pela psiquiatria em nome de um saber científico, de um determinado poder que buscava se manter. Ressalte-se que Foucault, para eles, representava um ícone a ser preservado, visto tanto o autor quanto sua obra terem sido capazes de enxergar a loucura para além de uma verdade prescrita clinicamente como doença. E isso

*ao mesmo tempo para prestar-lhe a justa homenagem de nossa admiração pelos processos sistemáticos de seu pensamento e para contestar que a ‘doença mental’ possa ser considerada como a maravilhosa manifestação da loucura ou mais excepcionalmente como a centelha do meio poético; pois ela é outra coisa que não um fenômeno cultural.* (Eribon,1990, p.133).

Cabe lembrar, conforme afirma Eribon, que após 1968, *História da Loucura* foi totalmente apropriada por movimentos sociais de “lutas setoriais” como a contestação das prisões e dos hospícios. Eles deram um enfoque político à obra, enfoque esse diferente da ocasião de sua publicação. (Eribon, 1990).

Foucault quando sugere que *História da Loucura* é a história do silenciar do louco, parece pretender dar voz a esses atores sociais, e foi por esta razão mesma que a antipsiquiatria e outros grupos afins acabaram se aproximando de sua obra. E isso porque estes grupos também queriam deixar o louco se expressar. Contudo, mesmo com esta aproximação, ocorreram alguns pontos de divergências entre Michel Foucault e determinados pensadores e grupos, tais como a base Humanista e o marxismo de David Cooper. (Castel, 1986).

Na verdade, o que ocorreu com a absorção do pensamento de Michel Foucault, foi o estabelecimento de uma aliança estratégica<sup>14</sup> com a antipsiquiatria. Às solicitações da antipsiquiatria respondeu sempre minimamente e se recusou ao papel de líder de uma corrente antipsiquiátrica que o solicitava e tomava-o como referência. (Idem)

Mesmo Foucault não tendo se aproximado muito da antipsiquiatria, reconheceu a importância desse movimento na contribuição às lutas locais específicas. (Eribon,1990). Sua “caixa de ferramentas” serviu para a desconstrução do modelo psiquiátrico tradicional. Foucault teve uma relação bastante singular com o movimento antipsiquiátrico, incentivando de longe, mas recusando o papel de “pai da antipsiquiatria”, como afirmava o psiquiatra, e opositor de Foucault, Henri Baruck, ou de líder de tal movimento.

Michel Foucault, em seu livro *Doença Mental e Psicologia* (1962), faz um discurso próximo ao da antipsiquiatria. A visão da loucura busca as contradições da sociedade como sendo aquilo que leva à alienação. A doença só pode ser curada a partir da superação de tais contradições que alienam o homem de si mesmo. Um exemplo dessas contradições é o fato do alienado não estar fora da humanidade, mas dentro de uma sociedade que o desumaniza. Nesta mesma obra, Foucault mostra-nos como a definição de “doença mental” têm uma relação estreita com a cultura:

*(...) a organização teórica da doença mental está ligada a todo um sistema de práticas: organização da rede médica, sistema de detecção e profilaxia, forma de assistência, distribuição de cuidados, critérios de cura, definição de **incapacidade civil** do doente e de sua irresponsabilidade penal; em resumo, todo um conjunto que define numa cultura dada a vida concreta do louco. (Foucault, 1975, p.90 Grifo nosso)*

---

<sup>14</sup> Não se deve pensar em aliança doutrinária

## 2.3 — Novos Rumos para Psiquiatria

Os anos setenta e oitenta foram polêmicos, neste período a contestação acerca da psiquiatria clássica cresceu vertiginosamente e foi possível abrir os olhos para uma nova forma de tratamento psiquiátrico que não mais visava o enclausuramento do louco e da loucura, mas antes buscava conceder-lhe os seus direitos legítimos por meio de uma desinstitucionalização.

Com uma maior conscientização do poder que o manicômio tem de segregar os doentes mentais, a Reforma Psiquiátrica começou a surgir e tomou como um dos seus principais lemas o fim dos manicômios, seu fechamento, o fez baseado numa mentalidade de que o asilo não é mais o espaço “natural” para o tratamento das pessoas.

### *2.3.1.1— A Desinstitucionalização Italiana como prenúncio da Reforma Psiquiátrica Brasileira*

A produção teórica e a prática crítica à psiquiatria tradicional desencadeada por Basaglia nos anos 60, foi determinante para que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado nos anos 70, ganhasse espaço. Basaglia (2001) fez uma crítica ao que chamou “instituições da violência”, que seriam as instituições asilares ou hospitais psiquiátricos, legitimados pela sociedade para a normatização e adequação dos pacientes, que não possuem quaisquer direitos. Basaglia( 2001, pp.107):

*Analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico, podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu. Já vimos, entretanto, que tal exclusão ou expulsão da sociedade resulta antes da ausência de poder contratual do doente (ou seja, de sua condição social e econômica) que da doença em si*

É com a intenção de discutir os direitos do paciente que retornamos a Basaglia. Os efeitos que o isolamento e o tratamento repleto de atos violentos (choques, prisões, agressões) dentro de uma instituição psiquiátrica, determina muito mais do que a doença, sua exclusão.

Os direitos sociais, como vimos, incluem o direito a educação, a saúde, ao trabalho, ao lazer, a segurança, a assistência e a previdência e o sujeito institucionalizado muitas vezes, não tem qualquer acesso a nenhum desses direitos. É só a partir de uma crítica a esse modelo que subtrai os direitos desses sujeitos, é que pudemos fazer tantos avanços em políticas públicas.

Impulsionado pela experiência realizada em um hospital psiquiátrico de Gorizia, na Itália, onde a assistência, inspirada pelo projeto de comunidade terapêutica passou a ser feita de portas abertas, com o intuito de democratizar relações contra a hierarquia existente, Basaglia inicia um trabalho de desconstrução da lógica psiquiátrica. Seu trabalho começaria no interior do hospital, mas atravessaria os imaginários da sociedade, ganhando força como movimento social. A luta empreendida pelo grupo responsável pelo movimento democrático italiano desencadeia a possibilidade de montagem de estruturas assistenciais fora dos muros asilares, em Centros na comunidade ou em Hospitais Gerais. Com a aprovação no Parlamento Italiano da lei da Reforma Sanitária e da Lei 180, da Reforma Psiquiátrica, de 1978 que proibiu a recuperação de qualquer cidadão em hospital psiquiátrico e declarou que o vínculo entre doença e periculosidade, presente na legislação precedente, não tinha sustentação científica, os pacientes italianos adquirem um novo estatuto que permite a conquista de direitos pela cidadania.

A vida na comunidade dos ex-moradores dos hospícios passa a ser a busca pela qualidade de vida, produção de saúde e cidadania plena, que não estaria restrita a cidadania política ou civil, mas principalmente a cidadania social, com o direito a estudar, trabalhar, ter lazer, moradia. Esta

postura de oposição a uma lógica que exclui, oprime, anula, é cunhado de “inversão institucional” ou desinstitucionalização.

Como vimos o objetivo da Reforma Psiquiátrica não é a de realizar uma simples modernização ou humanização da assistência hospitalar, ou ainda, de realizar uma intervenção na comunidade para que esta se envolva nas atividades do tratamento. Seu objetivo não se reduz a uma simples construção de novos serviços, nem apenas à introdução de técnicas mais modernas ou menos violentas de tratar o “doente mental”.

A proposta é intervir no campo das relações da sociedade com a loucura, transformando as relações desta para com o transtorno mental. Trataria-se de um processo que tem como princípios éticos à inclusão, a solidariedade e a cidadania. E inclusão significa também a formulação de políticas que viabilizem sua integração na sociedade.

**CAPÍTULO III**  
**DIREITOS SOCIAIS, PROTEÇÃO SOCIAL E**  
**REFORMA PSIQUIÁTRICA**

3.1 — A assistência como “Direito”

A assistência social só passou a ser concebida como direito social no Brasil a partir da década de 80. Por direito social partimos da concepção de Marshall:

*direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, da herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. (Marshall, 1967).*

Segundo Pereira (1998) nos períodos históricos em que a assistência social funcionou à margem da questão de ser um direito social, ela se caracterizou como:

- a) assistência interna, que confinava os assistidos em asilos ou casas de trabalho forçado;
- b) atenção exclusivamente orientada para pobres mental e fisicamente incapacitados para o trabalho;
- c) ajuda voluntária que, ao não reconhecer no pobre nenhum direito à proteção, exigia-lhes contrapartidas.

Ao assumir o estatuto de direito, a assistência social passou a: a) ser exercitada externamente, isto é, sem deslocar o cidadão do seu domicílio; b) abarcar os cidadãos capazes para o trabalho, mas desempregados, pessoas precariamente empregadas ou remunerados e c) privilegiar o conceito de cidadania como contrato, visando prestar uma proteção sem condições, sem contrapartidas de qualquer natureza e sem estigmas.

Os direitos sociais remetem a um conceito de liberdade configurado a partir da igualdade e possuem caráter re-distributivo. Para Coutinho (2000, pp.63) *“os direitos sociais são os que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade”*.

Foi com a Revolução Francesa de 1789 que se ensejou a Primeira Declaração Universal dos direitos do Homem, marco do reconhecimento dos direitos chamados de individuais e da construção do Estado liberal de direitos, que desde então foram progressivamente reconhecidos nas constituições liberais. A multiplicação e a universalização dos direitos ocorrem, contudo, no pós Segunda Guerra, em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem da Organização das Nações Unidas (ONU), que reconhece os direitos civis, políticos e sociais.

A partir da *Declaração dos Direitos do Homem* e com as Políticas de Proteção Social desenvolvidas pelos Estados Nacionais, dar assistência às parcelas mais desprovidas da população passou a ser responsabilidade do Estado, que desempenha esta função, através das políticas assistenciais.

A exigência dos direitos sociais estendida a todo e qualquer cidadão, engendra, por sua vez, o Estado Social, o qual é traduzido em políticas sociais como mecanismo de regulação entre capital e força de trabalho.

As sociedades contemporâneas, a partir do conceito de direitos sociais, estabelecem políticas em relação à proteção social de parcelas da população que se encontram excluídas economicamente. Desenvolvem-se, então, sistemas de proteção social baseados na articulação de duas lógicas de cobertura social — a assistência e os seguros sociais.

### 3.2 — Cidadania: *O Status de ser cidadão*

Para tematizar a questão da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, a questão do Benefício de Prestação Continuada — visando apontar para ele como algo a ser questionado enquanto um direito social ou uma negação — faz-se necessários observar os aportes e conteúdos que envolvem esta categoria de análise.

Neste sentido, num primeiro momento, é importante trazer a tona, alguns subsídios mais gerais acerca do que são direitos e cidadania. Ora, no que concerne o estatuto da cidadania, este expressa os direitos, em outras palavras, diz respeito ao *status* ou a qualidade de ser cidadão. Trata-se, portanto, de uma condição necessária, onde a existência da cidadania está intrinsecamente relacionada à noção de direitos.

Para Coutinho (2000, p.50) a conceituação de cidadania seria:

*Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos (...) ou por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de*

*realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado.*

Garantir o pleno acesso a seus direitos e ampla participação da sociedade é uma tarefa do Estado. Este deve colocar meios à disposição dos menos favorecidos as condições mínimas. Em outras palavras, as diferenças sociais não podem ser, de modo nenhum, meio para discriminação daqueles que soam como desiguais. Sob esse aspecto, é visto como um direito, à inclusão social e, é através da legislação que o Estado oferece os meios para proteger uma determinada parcela social, de modo que esta passe a integrar a sociedade, tanto legalmente quanto legitimamente. A Lei Orgânica da Assistência Social é uma dessas ferramentas de inclusão social. Um dos maiores objetivos do Estado moderno é, portanto, o de proporcionar a todos os seus cidadãos o mais absoluto grau de integração. Todavia, tal propensão estatal não pode ser encarada sob o prisma meramente teórico, logo, deve se valer o Estado de tantos quantos meios forem eficazes para tal desiderato.

Entende-se, assim, que a intenção do legislador é de assegurar aqueles que são considerados a margem da sociedade — como é o caso do *louco*, do paciente ou usuário psiquiátrico — condições mínimas de participação influente na vida ativa da sociedade. Para tanto, foram criadas ao longo das últimas décadas linhas básicas para um processo de integração destes cidadãos à sociedade.

Nesse sentido, cabe apontar para o status da cidadania, onde esta temática não pode ser considerada algo fixo e imutável, visto estar determinado pelos diferentes processos históricos e sociais que surgem de tempos em tempos. Na verdade, resulta de permanentes processos de luta, não é algo dado nem concedido *a priori*, mas antes, é construído historicamente pelas diferentes demandas sociais.

Um conceito simplificado de cidadania não é possível, sendo assim, deve ser visto como algo composto por diferenciados elementos. Segundo Marshall (1967), são três estes elementos, a saber: as dimensões civil, política e social. A partir destas três dimensões surgem princípios universais de igualdade e justiça, onde a noção de direitos e cidadania, unidas, aparecem como referências e medidas para a nomeação, descrição e denúncia das barbáries dos tempos atuais. Ressalte-se que igualdade e justiça, não são questões consensuais, aparecem muitas vezes em conflito. Ambos estão sempre num terreno de embate e luta política. Segundo Bobbio:

*os direitos do homem são direitos históricos que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem (Bobbio, 1992, p 32)*

Não obstante, os direitos também podem estar referidos a um sistema normativo, em outras palavras, na maioria das vezes, acabam vinculados a um conjunto de normas de condutas, as quais não existem sem obrigações. Nesse sentido, afirmar o direito é referir-se, obrigatoriamente, a deveres, diferentemente da obrigação moral, a qual não se reporta a uma obrigação jurídica.

Entende-se, portanto, que os direitos se apresentam como heterogêneos em suas concepções e aplicabilidades, isto porque, são concebidos de diferentes modos: do ponto de vista histórico, da complexidade da realidade e das demandas que os provocam. Sobretudo, os direitos sociais, dada sua variedade de possibilidades de satisfazê-los através da história. Ressalte-se ainda que modernamente, não há direitos sociais sem direitos políticos, e neste aspecto, lembremo-nos que ser cidadão diz respeito a ter garantida a sua liberdade e igualdade política e social; a concretização da cidadania não pode ser restringida ou limitada em sua efetivação.

Cidadania não apenas pode, mas deve ser para todos, onde

*A cidadania em construção, pode-se dizer que está para além da própria concepção de cidadania 'burguesa', de uma cidadania que não está presa ao Estado, mas que se utiliza deste, que se desenvolve a partir do que hoje se chama sociedade civil, e que leva em conta as particularidades dos grupos e dos indivíduos. (Manzine-Covre, 1996, p. 82-83)*

Neste contexto, visa-se apontar para a criação de um Estado efetivamente democrático, onde os direitos não se apresentem como privilégios, mas antes, tragam consigo a questão da cidadania e do direito como sinônimos de liberdade, participação, diversidade, solidariedade e igualdade.

Autores, como DaMatta, vão para além de compreender a cidadania como construção. Este aponta para o fato de que ela deva sair do estado de natureza humana e ser reconhecida como um papel social a ser aprendido no cerne social:

*O papel social do indivíduo é uma identidade social de caráter nivelador e igualitário. Essa seria sua característica ideal e normativa, de modo que, como cidadão, eu só clamo direitos iguais aos de todos os 'homens'. (DaMatta, 1997, p. 69)*

### 3.2.1 — Inserção Social: Direitos e Cidadania para o Louco e a Loucura

No que concerne ao contexto brasileiro, sabe-se que os usuários de serviços de saúde mental estão conquistando sua condição de cidadão através das lutas do movimento da reforma psiquiátrica e também pelas políticas sociais construídas a partir da Constituição de 1988. Muitos são os entraves que os mesmos ainda sofrem, para que lhes sejam garantidos seus direitos, pois, a condição de enfermidade mental e incapacidade sempre são associados a eles. Muitas vezes, o usuário é destituído de seu poder contratual<sup>15</sup> pelo discurso que ressalta a necessidade de cuidados que o usuário teria e, sua falta de condição de assumir suas escolhas.

Os benefícios podem ser vistos como uma estratégia inclusiva para pessoas que foram institucionalizadas por muitos anos proporcionando uma maior inclusão do usuário.

Atualmente, no que concerne o campo da saúde mental e ao campo de políticas sociais, a idéia de direitos e cidadania já se encontra inserida num dado entendimento — visto os avanços dados pelas práticas de benefícios e afins —, sendo assim, saúde e doença são partícipes de um mesmo processo, não sendo mais admissível discriminar alguém a partir da ‘doença’ que lhe acometa.

Segundo Birman (1992), ao inscrever o universo da loucura na ordem política, os loucos foram excluídos do estatuto da cidadania plena e do reconhecimento de seus direitos fundamentais no espaço social. Como decorrência disso, o louco não foi representado como sendo “um igual” aos demais cidadãos, não podendo então se associar de maneira fraterna com as demais individualidades no espaço social.

---

<sup>15</sup> Contratualidade é um termo discutido por Tykanori Kinoshita (1996) no livro “Reabilitação Psicossocial no Brasil”. O termo se refere a criação de condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma maneira participar do processo de trocas sociais.

Seria preciso então tomar o usuário para além da questão clínica, levando em conta também a questão social, fazendo uma reflexão mais profunda acerca da busca pelas garantias de um exercício pleno da cidadania por parte daquele que outrora denominamos louco, e que agora estando inserido como usuário do sistema de saúde, se vê mais amparado. Este amparo e esta reflexão parecem ter ganho forças com o movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciada no final da década de setenta e que será mais explicitada a frente.

### 3.2.2 — Proteção Social e Assistência

O conceito de proteção social mínima identifica-se nas suas origens, com um mínimo de renda. Surge na Grã-Bretanha em 1795, sob a forma de abono salarial ou rendimento mínimo garantido, no bojo de uma sociedade ainda não completamente mercantil. Respaldo pela Lei do Parlamento do Condado de Speenhamland, tal conceito marcou uma inflexão até então jamais vista na política de proteção social que vinha sendo desenvolvida na Inglaterra, desde 1536, sob a regência das velhas Leis dos Pobres (Poor Law).<sup>16</sup>

As primeiras expressões da relação de oposição entre trabalho e assistência datam do século XVII, com a Lei dos pobres elisabetana, e se cristalizam com a Lei de Speenhamland, no século XVIII, na Inglaterra.

A primeira, a Lei dos Pobres, instituída em 1662, caracterizava clara oposição entre trabalho e assistência. A assistência era garantida mediante

---

<sup>16</sup> As Leis dos Pobres formavam um conjunto de regulações pré-capitalistas que se aplicava às pessoas situadas à margem do trabalho, como idosos, inválidos, órfãos, crianças carentes, desocupados voluntários e involuntários. Contudo, a despeito de, na aparência, esse conjunto de regulaçõesse identificar com a pobreza, era no trabalho, que ele se referenciava. Tanto é assim que, entre 1536 e 1601, as Leis Dos Pobres, compuseram o código do Trabalho na Inglaterra; e, em 1662, incorporaram a Lei de Domicílio, que restringia a mobilidade espacial das pessoas, protegendo as paróquias mais dinâmicas da invasão de indigentes de paróquias menos ativas. Esse conjunto de leis era mais punitivo do que protetor. Sob sua regência, a mendicância e vagabundagem eram castigadas.

dois critérios: domicílio e incapacidade ao trabalho. Como mostra Polanyi (1980:90), sob a lei:

*os pobres eram forçados a trabalhar com qualquer salário que pudessem conseguir e somente aqueles que não conseguiam trabalho, tinham direito à assistência social: nunca se pretendeu e nem se concedeu qualquer assistência sob a forma de abono salarial.*

Os critérios para o recebimento eram restritivos e seletivos e poucos conseguiam ter acesso às medidas assistenciais. Mesmo aqueles que conseguissem eram obrigados a trabalhar, para justificar a assistência recebida.

A segunda, a Lei de Speenhamland, instituída em 1795, ao contrário da Lei dos Pobres, é tida como uma medida assistencial de proteção ao trabalho, ou mais precisamente à forma de organização tradicional de trabalho. A lei garantia um sistema de abonos, em complementação aos salários, cujo valor baseava-se no valor do pão. Diferentemente da Lei dos Pobres, a Speenhamland garantia assistência aos trabalhadores, independentemente de critérios de domicílio ou de incapacidade. Esta lei é considerada a primeira iniciativa de estabelecimento legal de uma política assistencial garantidora de um sistema de abono salarial para trabalhadores, ou o que hoje se denominaria como renda mínima. Na interpretação de Polanyi (1980:90), a instituição deste sistema de abonos pela lei Speenhamland, em 6 de maio de 1795, assegurando aos pobres uma renda mínima independente de seus proventos, introduziu uma inovação social e econômica que nada mais era que o “direito de viver” e, até ser abolida, em 1834, ela impediu efetivamente o estabelecimento de um mercado de trabalho competitivo.

Enquanto a Lei dos Pobres induzia o indivíduo a aceitar qualquer trabalho a qualquer preço, a Lei de Speenhamland, ao contrário, protegia o

trabalhador e lhe permitia “negociar” o valor de sua força de trabalho, impondo limites (ainda que restritos ao mercado de trabalho competitivo).

Mas por que alguém trabalharia por um salário se pudesse viver de assistência?- esta era uma pergunta que sustentava um dos principais pilares do liberalismo. A assistência muitas vezes era vista como um estímulo ao ócio, à preguiça e que não incentivo ao trabalho, devendo ser abolida, ou garantida apenas para os pobres incapazes de manter sua sobrevivência pelo trabalho: crianças, idosos e deficientes.

O direito à assistência social pública e à proteção social por muito tempo e, ainda hoje, guarda uma série de laços estreitos com a questão da pobreza extrema e com a incapacidade para o trabalho. Com este recorte da Lei dos Pobres e a de Speenhamland podemos perceber o quão antigo é a questão da assistência atrelada à condição incapacitante do sujeito.

### 3.3 — Reforma Psiquiátrica

Trabalhando no sentido de promover a inclusão social, bem como a territorialização e descentralização dos Serviços, a reforma psiquiátrica questiona o asilamento dos usuários de serviços de saúde mental em asilos e manicômios, separando-os do contato com a sociedade, condenando-os a exclusão. Como nos diz Desviat :

*O portador de doença crônica psiquiátrica não se assemelha a um diabético ou a um portador de insuficiência renal; o tipo de resposta gerado centraliza-se mais na condição de marginalização. (...) O asilo fabrica um tipo de doente crônico que chega a ser considerado como doente crônico psiquiátrico, num paralelismo que equipara o manicômio à cronicidade, até que a desinstitucionalização evidencia que esta não pode ser reduzida à concepção clássica das deficiências nem tampouco à reclusão manicomial.” (Desviat, 1995, p.91)*

O autor procura evidenciar que a concepção clássica de “deficiência” seria bem diferente do que se apresenta nos quadros clínicos de um paciente psiquiátrico crônico. Ressalta também que o quadro clínico de um indivíduo portador de transtorno mental pode se cronificar não pela doença mas, pelo tratamento, muitas vezes de isolamento, que é dado a esta pessoa. A marginalização deste indivíduo, bem como seu asilamento, onde não é possível o desempenho de papéis sociais valorizados (como o trabalho ou as relações afetivas) bem como uma preocupação somente com questão clínica pode acentuar ainda mais, a cronicidade do quadro.

Como já visto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu em fins da década de 1970, juntamente com o questionamento sobre direitos sociais, universalização dos direitos, políticas sociais, democracia. No mesmo bojo dessas lutas, discutia-se a intenção de a loucura ser tratada como questão para além do limite assistencial, procurando-se aumentar o poder contratual e participativo dos usuários (como também de suas famílias) na formulação de políticas para essa clientela.

O paradigma da atenção psicossocial que permeia o campo da Saúde Mental instaura a possibilidade concreta de construção de novas modalidades de contratualidade<sup>17</sup> para os usuários de serviços de saúde mental. Além do aumento da contratualidade do usuário, a reforma psiquiátrica questionava a importância de se promover o que seria a “Reabilitação Psicossocial”. Uma possível definição para esta, pode ser recortada por Pitta (1996) como sendo:

*Processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte residencial, social, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado. Pitta (p.56).*

---

<sup>17</sup> Ver Saraceno (1999).

Para Saraceno (1999) o que mais comumente ocorre ao usuário na sociedade, seria um processo de “desabilitação” pelo empobrecimento de sua rede social, acentuando que essa “desabilitação” se deu por se tratar de indivíduos que foram estigmatizados e marginalizados e para tanto, seu isolamento social não teve relação com a questão clínica, mas sim com o preconceito. Este autor discorre sobre a questão do trabalho para o paciente (pág 124): ”O trabalho aparece valorizado como importante indicador de funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre indivíduo e os lugares econômicos e sociais, mas, sobretudo como faculdade intrapsíquica de adaptação”. Saraceno (1999) ressalta ainda, em relação à desinstitucionalização, que seu interesse em particular, seria a valorização da restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição; a possibilidade de recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para trocas sociais em, por seguinte, para a cidadania social.

A inserção do louco há algumas décadas, era realizada apenas, pela via da tutela, através das instituições médicas e jurídicas que detinham o conhecimento legitimado para falar e agir sobre ela. O que se pretende atualmente é que haja uma rede de suporte de proteção, minimizando a sensação de exclusão fora dos muros institucionais, como também o fim destes muros. Como nos diz Desviat (1995):

*É necessário construir um sentido de pertencimento comunitário, não pela via da caridade, das boas intenções, mas, sobretudo pelo sentimento do ser cidadão.*

A desinstitucionalização implicaria uma mudança no paradigma, ou seja, seu objeto de ação terapêutica não é a doença e sim, cuidar do sofrimento, através também, da inclusão social. O combate à exclusão social dos usuários de Saúde Mental não pretende usar ações paternalistas e de simples assistencialismo estatal, que concederiam direitos à população

como se fossem benfeitorias. O desafio dos novos serviços propostos pela Reforma Psiquiátrica está no refinamento desse cuidado e do tratamento, em nome da cidadania, criando instrumentos coletivos de participação.

### 3.3.1 — A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Pode-se definir Reforma Psiquiátrica como o processo histórico de formulação crítica e prática, que objetiva o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo de assistência psiquiátrica clássica, assim como seu paradigma (Amarante, 1998).

No Brasil, alguns eventos foram essenciais para a consolidação do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Para os fins que concernem a este trabalho, seguiremos o percurso traçado por Amarante (1995) para descrever esta trajetória.

Num primeiro momento a Reforma Psiquiátrica Brasileira conta com a chamada “crise da DINSAM” (nos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental), como o fator de deflagração deste movimento no Brasil. Este episódio refere-se mais especificamente a greve, em abril de 1978, dos profissionais das quatro unidades daquela divisão<sup>18</sup>, os quais se encontravam diante de condições precárias de trabalho, sendo freqüentes, segundo Amarante (1995), “*as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas*” (p. 52). Decorreu dessa greve a demissão de 260 estagiários e profissionais. Mas a crise a que nos referimos só se estabelece definitivamente após a denúncia das irregularidades da unidade do CPPII, registradas por três médicos bolsistas no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro, o que mobilizou os profissionais de outras unidades, recebendo pronto apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

---

<sup>18</sup> Compostas pelo Centro Psiquiátrico Pedro II ( CPP II ) , pelo Hospital Pinel, pela Colônia Juliano Moreira (CJM) e pelo Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todas elas localizadas no Rio de Janeiro.

Dessa mobilização, que por oito meses, aproximadamente, se manteve em destaque na grande imprensa, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com o objetivo de

*constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (Amarante, 1995, p.52)*

Num segundo momento, o chamado “Congresso da Abertura”, onde, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, abre-se uma oportunidade para que os movimentos em Saúde Mental, já se estendendo a alguns Estados, se organizassem em âmbito nacional. Subvertendo a proposta inicial do evento, qual seja, a de ser um encontro científico de psiquiatras mais conservadores, esses movimentos, através de sua militância, fazem da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) o avalista para o projeto político do MTSM, uma vez que a crise no setor era considerada como um reflexo do panorama político geral do Brasil.

Ademais, cumpre ressaltar o papel decisivo do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, ocorrido na segunda metade de outubro de 1978, no pensamento crítico do MTSM. Nesse evento, foi possível, conforme nos relata Amarante, a vinda ao Brasil

*dos principais mentores da Rede De Alternativas À Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwin Goffmean, dentre outros. (Amarante, 1995, p.55)*

Outros eventos importantes também merecem destaque, como o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, O III Congresso

Mineiro de Psiquiatria e o I Encontro Regional dos Trabalhadores de Saúde Mental. No primeiro

*aponta-se para a necessidade de uma organização que vise a maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis para a fixação da política Nacional e regional da saúde mental (Idem)*

No segundo evento, em que participaram Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel, foi dado um enfoque social na psiquiatria, como também na união entre a assistência psiquiátrica e a participação popular. Neste evento, por sua vez, entram em cena, discussões que dizem respeito aos

*problemas sociais relacionados a doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, a privatização da medicina, a realidade político-social da população brasileira e às denúncias das muitas ‘ barbaridades’ ocorridas nas instituições psiquiátricas (Ibidem, p. 56)*

Após um período de intensas discussões e diante de um panorama desolador do contexto da assistência psiquiátrica e das políticas públicas de modo geral, tornaram-se inadiáveis medidas que transformassem um tal estado de coisas. O que se convencionou chamar de ‘co-gestão’ configura-se como uma dessas iniciativas. Como nos relata Amarante (1995):

*no início dos anos oitenta, uma nova modalidade de convênio — estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) — demarca uma trajetória específica das políticas públicas da saúde. Denominado ‘co-gestão’, o convênio prevê a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Neste espírito, o MPAS deixa de comprar serviços do MS, nos mesmos moldes realizados com as clínicas privadas, e passa a participar da administração global do projeto institucional da unidade co-gerida (Idem, p. 58)*

A importância desse marco está no fato de ser este

*o momento em que o Estado passa a incorporar os setores críticos da saúde mental. É o momento em que os movimentos de trabalhadores de saúde mental decidem, estrategicamente, atuar na ocupação do espaço que se apresenta nas instituições públicas, embora este processo de co-gestão tenha sido restrito principalmente aos hospitais da DINSAM (no campo da assistência psiquiátrica) e a alguns poucos em outros estados (Rio Grande do Sul e outros do Nordeste). (Ibdem)*

Dessa maneira, nas palavras de Oliveira,

*A participação de militantes do MTSM em serviços públicos [...] positivamente estimulou a participação dos setores democráticos da universidade e a criação de cursos de extensão e especialização para profissionais de diversas áreas do conhecimento, voltados para a formação e atuação crítica em saúde. [...] No entanto, sem desconsiderar a riqueza que essas experiências produziram, de um modo geral, os serviços criados não tiveram impacto significativo sobre a qualidade da assistência e pouco contribuíram para a mudança da hegemonia hospitalar. (Oliveira, 2002, p. 68)*

Por conseguinte, novas reflexões sobre a trajetória do movimento se fizeram necessárias. Neste sentido, foi de grande importância o Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas À Psiquiatria, realizado em 1986 em Buenos Aires, que, entre outros, influenciou decisivamente a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano seguinte. Conforme nos assinala Oliveira

*A partir de então, as críticas formuladas á psiquiatria passam a ser dirigidas não mais ao âmbito da falência terapêutica, mas ao conjunto das questões sociais, tendo no seu fio condutor a exclusão e a cidadania. (Idem p. 68)*

Entram em cena a partir desse momento temas até então novos àqueles que orientavam o movimento: a desconstrução do manicômio, a construção de novas subjetividades e direito à diferença.

Uma tal mudança dos temas originais debatidos e reivindicados pelo movimento da reforma psiquiátrica fez-se notar em outro evento, realizado em Bauru, neste mesmo ano. Foi na ocasião do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental que o *slogan* ‘Por uma sociedade sem manicômios’ serviu como a nova divisa desse movimento. Nesse evento, estabeleceu-se o dia 18 de maio como dia nacional da Luta Antimanicomial. A partir daí, o Movimento Antimanicomial constituído por diversos atores sociais (técnicos, usuários, familiares e intelectuais) assumiu efetivamente o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Este movimento sinalizou a necessidade de uma estratégia política de ação mais ampla, de estabelecer diálogo constante com a população acerca da loucura e suas questões, de tentar redescrever e reconstruir as relações entre sociedade e loucos. A questão institucional deixa de ser entendida como algo que diz respeito à modernização das instituições psiquiátricas existentes para ser compreendida como a necessidade de se criar não apenas novos espaços de cuidado e tratamento como também novas formas jurídicas, novas

abordagens teóricas, de se repensar a loucura na sua complexidade, como fenômeno individual, social, cultural e histórico.

Em 1989 o processo de Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional, a partir da intervenção da secretaria de Saúde no município de Santos. A intervenção ocorreu no hospital psiquiátrico denominado Casa de Saúde Anchieta, após uma série de óbitos de pacientes, o que possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao modelo manicomial e possibilitou uma nova forma de pensar a loucura. Essa nova maneira de pensar refletiu-se tanto no campo legislativo quanto no campo oficial. No que diz respeito ao primeiro campo, foi apresentado em outubro de 1989, o Projeto de Lei 3.657/89 de autoria do deputado petista mineiro Paulo Delgado(PT/MG), que regulamentava os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicando a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por outros recursos assistenciais não-manicomiais. No que diz respeito a novos modelos assistenciais possibilitou que fossem criados os primeiros NAPS (Núcleos de atenção Psicossocial) e CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) que diferentemente da Casa de Saúde Anchieta, pudessem dar um atendimento digno aos pacientes. Mais tarde, foram regulamentados pelo Ministério da Saúde as portarias 189, de 1991, 224, de 1992. Também foram regulamentados os lares abrigados que, a partir das portarias 106 e 1220/00, passaram a ser denominados de serviços residenciais terapêuticos.

Após 12 anos, o Projeto de Lei 3.657/89 foi aprovado em 27 de março de 2001, e sancionado no dia 6 de abril do mesmo ano, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, naquele ano, foi dedicado ao tema da Saúde Mental com o lema *Cuidar, sim, excluir não*. Este mesmo lema foi usado depois, quando da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período de 11 a 15 de dezembro de 2001. Esta Conferência foi importante porque reafirmou os princípios do processo de reforma psiquiátrica brasileira, contando com

ampla participação social em suas etapas preparatórias e a Nacional em Brasília, da qual participaram quase duas mil pessoas.

### 3.4 — Reabilitação Psicossocial/ Atenção Psicossocial: Um dos pilares da Reforma Psiquiátrica

Para Saraceno (1996), a reabilitação psicossocial implica muito mais do que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de desabilidade a um estado de habilidade, um estado de incapacidade para um estado de capacidade. Envolve um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social. Envolve a mudança de um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se criaria um efeito “habilitador”. Segundo o autor:

*A reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores em jogo são muitos (e os poderes) e reciprocamente multiplicantes. (1999, p. 112):*

Como o autor nos alerta, o trabalho é também uma tônica que compõe o processo de reabilitação, e para tanto, seria preciso estimular o usuário para quê ele adquira sua contratualidade também, através do trabalho. O autor propõe (1999) que o trabalho seja encarado como uma inserção laborativa, promovendo um processo de articulação do campo de interesses, das necessidades, dos desejos.

Ele nos alerta, porém, que o trabalho para pacientes é tão antigo como as instituições psiquiátricas e muitas vezes, foi encarado como terapia. Neste caso, o trabalho apresentava uma perspectiva de

funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre o indivíduo e os lugares econômicos e sociais, mas sobretudo como faculdade intrapsíquica de adaptação.

Mas o viés proposto pela reabilitação psicossocial versa sobre uma nova perspectiva de inclusão do usuário.

**CAPÍTULO IV**  
**O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**  
**SUA RELAÇÃO COM O PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

4.1 — A Seguridade Social Brasileira: Uma Crítica

A expressão “seguridade social” implica uma visão sistêmica da política social e com este sentido foi inscrita na Constituição Brasileira de 1988. Seguridade social é um termo cujo uso se tornou corrente a partir dos anos 40, particularmente na Europa, para exprimir a idéia de superação do conceito de seguro social no que diz respeito à garantia de segurança das pessoas em situações adversas. Significa que a sociedade se solidariza com o indivíduo se este se encontra em dificuldades.

O risco a que qualquer um está sujeito — de não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria — deixa de ser problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social, pública.

No Brasil, a Constituição integrou as áreas de Previdência, Saúde e Assistência Social sob a rubrica da seguridade. Assim, sinalizou

possibilidades de expandir as ações e o alcance das mesmas, consolidar mecanismos mais sólidos e equânimes de financiamento e estabelecer um modelo de gestão capaz de dar conta das especificidades que cada área possui, mantendo o espírito geral de uma proteção universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora. Respondeu a generalizados anseios, ativas articulações e acalorados debates que ganharam corpo na sociedade desde meados dos anos 70, ao iniciar-se o processo de declínio do governo militar.

Porém, como Vianna esclarece, no Brasil o termo “seguridade social” tornou-se o mesmo que previdência, perdendo o sentido de proteção integrada. A essa discussão, a autora reforça — que muito tem sido deixado de lado, principalmente à questão da assistência em razão do acento na questão previdenciária — dizendo

*A questão da seguridade não deve ser reduzida à previdência e nem devemos tomar isoladamente previdência, saúde e assistência social. A integração prevista da seguridade social não só requer uma” proposta de orçamento “como referido na Carta (título VIII, cap. II, art. 195), ‘elaborada de forma integrada’ pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, como também, e sobretudo, requer uma gestão efetivamente unificada, um Ministério da Seguridade. Tal não ocorreu. Nos anos 90, efetivada a transição do autoritarismo para um regime democrático, a previdência, a saúde e a assistência social foram regulamentadas por leis distintas e institucionalizadas em Ministérios diferentes, bem como tiveram suas receitas estipuladas separadamente. O antigo Instituto Nacional de Previdência Social tornou-se em 1989, Instituto Nacional de Seguro Social e este, foi reconduzido ao âmbito do Ministério do Trabalho, evidenciando um claro retrocesso no que concerne à construção de um real sistema de proteção social”. (Vianna 2002; p. 189-190).*

Se a identificação da saúde com a seguridade tornou-se frouxa, no que tange à assistência social (o pilar que mais se beneficiaria da conotação “cidadã”) apagou-se qualquer elo. Diluída em variadas instâncias governamentais e sujeita a forte instabilidade institucional, a assistência social retroagiu à condição meramente assistencialista, quase caridade pública, longe da idéia que a própria Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993, reforça

*a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social, não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.*  
(Grifo nosso)

Movimentando recursos escassos e ausentes de pautas reivindicatórias, a assistência social, a despeito de contar com uma elite profissional aguerrida, foi banida do debate sobre a seguridade. Assim, a discussão em torno da seguridade resumiu-se ao assunto previdência. A reforma da previdência, e não a reforma da seguridade, entrou na agenda desde 1992, quando inúmeros lobbies começaram a se mobilizar visando à revisão da Constituição, prevista para outubro de 1993. Começou-se (por setores empresariais e políticos), a ligar a reforma estrutural da previdência com sendo indispensável à estabilidade econômica do país.

A previdência – e muito menos a seguridade — não é apenas uma dimensão do funcionamento da economia moderna sobre a qual se possa operar de forma puramente técnica.

O conceito de seguridade social, depositário de expectativas de justiça social, pleno de simbologia redistributiva e sinalizador de cidadania, segue inscrito na Constituição Brasileira. Porém, ao se falar do usuário de serviços de saúde mental, a questão do recebimento de benefícios se encontra ainda fechada, e isso porque o benefício de prestação continuada

dado a muitos deles acaba apontando para dois caminhos que merecem discussão, a saber: por um lado assistir àquele que necessita efetivamente de um auxílio contínuo, mesmo sem ter contribuído previamente para isso, e por outro também se fazendo de um mecanismo de exclusão, dando a este usuário o rótulo de ‘incapaz’ e deficiente.

#### 4.2 — Benefícios Sociais: Welfare States e Reforma Psiquiátrica.

Benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada, são frutos da ampliação dos direitos sociais, bem como de uma progressiva intervenção do Estado através de políticas sociais. Foi somente a partir de um panorama da presença de Políticas Sociais e de modelos de Welfare States de cunho mais universalisante, é que foi possível a construção de uma maior integração social. Foi possível então a reflexão e o reconhecimento de que se existe tamanha exclusão e desigualdades sociais, a responsabilidade não é exclusivamente do indivíduo sendo que as medidas de combate a essa desigualdade devem ser coletivas e não individuais.

Transformações no processo produtivo e uma “rarefação dos empregos” a partir do final dos anos 90, produziram um amplo contingente de desempregados e novos dilemas foram criados para a intervenção pública, com um acirramento da pobreza. O Estado, mesmo com o acirramento da crise econômica e com o aumento do desemprego precisava tomar medidas de proteção social àqueles trabalhadores que ora perderam o emprego, ora não conseguem permanecer no mercado de trabalho por questões de saúde.

Muitas vezes é através de benefícios como o BPC, que se torna possível alguma renda aos beneficiários, para gerir suas vidas fora das instituições psiquiátricas, asilos ou mesmo nas ruas, onde se encontravam abandonadas sem poder, ainda, voltar ao trabalho. No entanto, num contexto de desemprego crescente e com intensa diferenciação das trajetórias sociais, a perspectiva de intervenção do Estado através da distribuição mecânica de

benefícios ou ainda, da indenização nos casos de disfunções passageiras, como a doença ou o desemprego de curta duração, a proteção social oferecida perde eficácia, se for uma ação isolada. Não basta somente proteger, sendo importante haver o engajamento dos beneficiários, a combinação entre indenização e inserção social e a possibilidade de articular direito e contrato na condução das políticas contra a pobreza.

Há uma maior preocupação, não só com a condição de saúde das pessoas beneficiadas, mas com sua condição de pertencimento ao tecido social. É importante que as pessoas que foram assistidas em relação a um mínimo possam garantir também a sua cidadania e re-inserção social.

Muitas das pessoas que se encontravam em asilos ou em hospitais psiquiátricos puderam contar com essa renda mínima sem precisar permanecer institucionalizadas. Antes dela, não tinham qualquer fonte de renda nem chance de se inserirem no mercado de trabalho, mesmo que temporariamente.

O benefício é somente uma forma de viabilizar um mínimo que, isolado e sem outras práticas por parte da equipe que assiste esses indivíduos, não promove a integração dessas pessoas à sociedade e nem os atende corretamente, visto que condiciona o seu recebimento à condição incapacitante.

Como já muito ressaltado, outra prática importante que se somou na luta contra o isolamento que sofriam as pessoas portadoras de sofrimento mental — pensando não na doença como um fato isolado, mas no indivíduo e sua inserção social — foi a Reforma Psiquiátrica. Esta ganhou maior acento nos anos 80, influenciada pelo pensamento de autores como Foucault, Goffman, Basaglia, propunha a necessidade de desinstitucionalizar as pessoas que permaneceram ou internadas ou sofrendo sucessivas internações em hospitais psiquiátricos, substituindo-o por uma rede de serviços comunitários, com ênfase na reabilitação psicossocial. Seria preciso também superar o paradigma clínico racionalista caracterizado

pela relação problema-solução, objetivação da doença, cujo objeto é apenas a cura, passando para a busca de uma emancipação terapêutica, através da produção de vida, de sentido de sociabilidade. O hospital psiquiátrico muitas vezes ao invés de tratar torna-se o produtor de cronificação por intermédio do seu dispositivo terapêutico fundante, isto é, a exclusão social do louco.

O BPC viabiliza uma maior autonomia desses indivíduos para que possam gerir suas vidas, independente de sua permanência institucionalizada. Antes dele, não conseguindo trabalhar, o paciente ficava totalmente à mercê, de suas famílias — quando as tivesse — ou das instituições em que estavam internadas. Para muitos pacientes esse benefício é sua única forma de renda para auxiliar a gerir suas vidas, e a cada dois anos eles passam por reavaliação da concessão desses benefícios, momento que pode coincidir com a reagudização de seus quadros clínicos. A condição de sofrimento mental muitas vezes faz com que haja períodos em que o indivíduo consiga manter-se produzindo em oficinas ou atuando com pequenas vendas, e em outros, que o quadro sofra momentos de crise e paralisação de muitas atividades rotineiras<sup>19</sup>.

Porém, fica muito difícil<sup>20</sup> que o critério de perda ou recebimento do benefício se baseie unicamente na questão da capacidade ou incapacidade do indivíduo. Por hipótese, este benefício não deveria ser vinculado somente enquanto persistir um dado ‘saber’ que afirme haver uma condição *incapacitante* para o trabalho, mas antes, que este benefício seja dado como direito, a todo aquele que necessite de um mínimo de auxílio social e econômico, independente deste ter de possuir um laudo que o designe incapaz. Isso evitaria um perseverar numa suposta incapacidade, havendo um ‘teatro de loucos’ ou um ‘teatro da loucura’, diante do medo de perder

---

<sup>19</sup> Esta afirmação é da autora, posto a mesma ter constatado, ao longo de dois anos de experiência no Projeto Lar Abrigado Phillippe Pinel, essa *reagudização* do quadro clínico de seus pacientes.

<sup>20</sup> Afirimo isto a partir de minhas próprias experiências e, conforme apontado na Introdução, sendo um dos motes deste trabalho.

sua única fonte de renda, e, estaria totalmente compatível com a Reforma Psiquiátrica que visa à inserção destes indivíduos em um contexto social pleno.

#### 4.3 —A LOAS

A Lei 8742, de 7 de dezembro de 1993- a Lei Orgânica da Assistência Social –LOAS- propõe políticas de enfrentamento da pobreza, garantindo mínimos sociais, com vistas a atender às contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Para isto, ela se guia pelos seguintes princípios:

- a) supremacia do atendimento as necessidades sociais sobre as exigências da rentabilidade econômica;
- b) universalização dos direitos sociais;
- c) respeito do cidadão;
- d) igualdade de direitos no acesso ao atendimento;
- e) divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas, projetos assistenciais e recursos.

A LOAS revela-se instrumento de controle da pobreza e da abertura dos serviços sociais, apesar de não solucionar o problema da indigência humana.

Pereira aponta o quanto a LOAS não tem somente um cunho inovador, mas na verdade

*é uma lei que nasceu sob o signo da contradição. É um documento juspolítico- jurídico e político, que expressa no seu conteúdo, aparentemente neutro, toda a trama de dissensões que caracterizavam a história da Assistência Social desde as “ Leis dos Pobres”, entre os séculos XVI*

*e XIX, até os nossos dias, passando pelas políticas sociais do Welfare State, do pós 2ª Guerra Mundial*

A LOAS prevê que a assistência social seja operacionalizada por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC), denominado “Benefício de Amparo Assistencial ao idoso e ao deficiente”. Sua aprovação significou não apenas uma mudança na concessão de benefícios (desvinculando o poder de compra individual à garantia ao acesso a certos bens a todos, incondicionalmente), mas do paradigma da relação do Estado com a sociedade, como protetor universal de direitos e não somente, aos que obedecerem a critérios determinados<sup>21</sup>.

Ou seja, a assistência passou a ser um dever do Estado a quem dela necessitar, ao invés de uma troca de favores ou em razão de ser trabalhador formal e, do socorro individual de emergência, que caracteriza o assistencialismo.

A assistência por parte do Estado, a partir da Constituição de 1988, não deveria permitir que o indivíduo estivesse desamparado, à mercê do mercado na compra de bens como a saúde, para parte daqueles que não estivessem empregados. Representa o reconhecimento do direito a mínimos sociais como política de proteção social.

A tardia e relutante aprovação da LOAS, em 1993, resultou de uma árdua luta de diferentes entidades, tendo sido vetada na sua primeira versão pelo Poder Executivo. Esta não acabou traduzindo adequadamente os imperativos constitucionais, principalmente no que concerne ao conjunto de benefícios continuados e eventuais, visto para ter sua aprovação — nas questões que versam sobre garantias concretas, ou seja, direitos reclamáveis — ela sofreu restrições e certas impropriedades. Após estabelecer os critérios para acesso aos benefícios eventuais e de prestação continuada,

---

<sup>21</sup> No Brasil, durante muito tempo, a assistência à saúde estava vinculado à categoria profissional (estar ou não empregado garantia a filiação junto às caixas de Assistência à Saúde), não sendo um benefício de caráter universal.

acabou invocando um recorrente e já caduco caráter de menor elegibilidade, que se apresenta como restritivo, o que fez reduzir o conjunto de necessidades sociais à uma figura de indivíduo necessitado e incapaz,

Segundo a LOAS, em seu Art.20

*O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.*

*2 § Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.*

Todavia, deve-se pensar que a LOAS foi uma conquista das políticas de proteção social que dependeu de uma longa batalha processual<sup>22</sup> e, que vem sofrendo muitos embates até conquistar sua efetivação bem como, a descentralização pretendida. No modelo de descentralização proposto pela LOAS, o município deve ser o *locus* privilegiado da execução dos serviços assistenciais, diminuindo a burocracia envolvida quando o serviço é centralizado. A LOAS ofereceu como proposta à promoção e integração do indivíduo “deficiente” bem como ao idoso à vida social, ou seja, a inclusão social.

Um mínimo de direito é, muitas vezes, o que necessitam usuários de serviços de Saúde Mental em condição de pobreza, para não serem internados e psiquiatrizados. Sem a renda mínima garantida, a assistência prestada aos usuários de saúde mental, em situação de pobreza, é emergencial, paliativa, o que não permite nenhum plano de superação da situação de doença e de necessidade em que muitos deles se encontram. A renda mínima garantida possibilita o acesso à cidadania, à saúde, ao futuro planejado, às trocas sociais, à dignidade, em síntese, à inclusão social.

---

<sup>22</sup> Ver Arretche (2000: 169-195).

Muitos dos usuários que vivem em situação de pobreza, alguns abandonados, sem renda, sem-teto ou em asilos são excluídos devido à internações recorrentes, reagudizações, abandono do mercado de trabalho, ausência de renda, rompimento das redes primárias e secundárias, estigmatização.

Sem projetos de renda mínima a estas populações, a assistência prestada aos usuários se torna apenas emergencial, o que não permite nenhum plano de superação da situação de doença e de necessidade, por vezes extrema, em que muitos deles se encontram. Muitas vezes, este mínimo social permite uma inclusão na família proporcionando maior tranquilidade em relação a seu membro adoecido, que de “peso”, passa a ajudar e a fazer parte da família em igualdade de condições.

#### 4.4 — O Benefício de Prestação Continuada

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um dos maiores programas de renda mínima da América Latina, provendo, através de uma Política de Seguridade Social não contributiva, um benefício mínimo mensal<sup>23</sup> a pessoas portadoras de deficiência (incapacitadas para o trabalho e para a vida independente) e, ao idoso com mais de 67 anos de idade. Entre os objetivos desta política pública proposta na LOAS<sup>24</sup> estão: proteção à família e à velhice, habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, como também, a universalização dos direitos sociais.

A Constituição Federal de 1988, na Seção IV DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, Artigo 203 Inciso V, determina

---

<sup>23</sup> Pago pelo Previdência Social Pública, mesmo sem contribuição, o valor de um salário mínimo, a todo cidadão que comprovar necessidade de recebê-lo.

<sup>24</sup> Na LOAS o artigo 1 fala em “atender às necessidades básicas dos cidadãos” propõe que essa assistência seja dada não para clientela alvo mas voltada em princípio para todos, embora seja utilizada por quem precisa dela. Tem caráter universal na medida que todos os cidadãos são potencialmente seus clientes e vale supor que qualquer um pode, cair em desgraça e ser levado a uma situação em que venha a necessitar de assistência.

*a garantia de um salário mínimo do benefício mensal a pessoa portadora de deficiência<sup>25</sup> e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover sua manutenção ou tê-la provida pela família, conforme dispuser a Lei”.*

Mas foi somente quando a Lei nº 8.742 foi sancionada, em 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) no seu Artigo 2º, Inciso V), que houve a regulamentação do benefício, garantindo um salário mínimo mensal a pessoas portadoras de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a sua manutenção ou tê-la provida por sua família caracterizando-se como importante política social a todo cidadão que esteja na situação descrita por ela.

Em seu pouco tempo de vigência, podemos considerar um considerável avanço nas políticas sociais no Brasil a concessão deste benefício a essas populações que não eram assistidas até então. Só tinham direito à assistência previdenciária àqueles que contribuíssem e, para tanto era preciso estar empregado formalmente. Sabemos que mesmo os idosos, como os sujeitos que sofreram internações psiquiátricas, como também os deficientes, pertencem a grupos que não conseguem facilmente emprego e, muito menos ter uma fonte de renda que garanta sua subsistência (alguns nunca puderam contribuir). O Estado se incumbe então de oferecer o benefício como forma de promover uma proteção social.

#### 4.4.1 — O BPC: Uma Questão sobre a Oposição Trabalho e Assistência

Uma das críticas que autores como Ferreira (1998) e Rocha (2002) fazem ao benefício de prestação continuada é o fato dele ser um mínimo social apenas para categorias excluídas de quase toda forma de relação

---

<sup>25</sup> A pessoa portadora de deficiência é àquela considerada incapacitada para a vida independente e para o trabalho, de acordo com o Artigo 20, parágrafo segundo, do Capítulo IV da LOAS.

produtiva. Não se trata de uma renda mínima social baseada no direito de cidadania. O preceito que origina o direito às prestações assistenciais estaria baseado mais na interseção de dois eixos: inaptidão para o trabalho e incapacidade de prover a própria subsistência. Assim, direitos que possuem um caráter de substituição de renda, como os benefícios previdenciários, estão submetidos à lógica de seguro, ligados a uma atividade profissional. A previdência, que seria assegurada como uma contrapartida ampliada do trabalho, fica limitada aos pobres que não são mais capazes de exercer um trabalho produtivo. E ficam de fora todos os “capazes” e “aptos” ao trabalho que por estarem nesta condição de aptidão, mas, sem trabalhar, recebem o mesmo tratamento que Castel (1993) descreve que acontecia com os “vagabundos” do século XIV

*(...)Declaramos vagabundos e gentes vadias aqueles que não têm profissão nem ofício, nem endereço certo, nem lugar para subsistir e que não são reconhecidas pelas pessoas dignas de fé que não podem certificar-se de sua boa vida e costumes “ (p.45).*

A dicotomia capaz-incapaz de exercer um trabalho aparece como um mecanismo de clivagem social, bem como um elemento central na definição dos direitos previdenciários e assistenciais. Ao estar na condição de inaptidão o sujeito ingressa e atende uma das condições para que seja assistido. A outra condição é que esteja em extrema condição de pobreza. Caso contrário, se pode trabalhar e não o faz à assistência não lhe é garantida. Perpetua-se assim no sujeito o paradoxo onde aquele que não encontra trabalho, mesmo sendo apto para tal, fique totalmente desassistido e onde aquele que possui a condição exigida para o recebimento do benefício tenha medo de voltar a ser apto para o trabalho, pois não há trabalho mesmo que ele possa voltar a trabalhar.

Ferreira (1994) salienta que as prestações assistenciais para idosos e portadores de deficiência, ainda que reconhecidas legalmente como direito obrigatório, continuam um direito subjetivo, específico e condicional, cuja

condição fundamental- baixa renda- está ligada ao critério da incapacidade ao trabalho. Estas prestações somente são atribuídas àqueles que, além de pobres, são ou estão incapacitados a manter a própria sobrevivência por meio do trabalho, seja devido à idade avançada, seja em função de determinada deficiência. Esta combinação — previdência decorrente do exercício do trabalho e assistência aos pobres inaptos ao trabalho — pode parecer coerente e garantir proteção social universal nos países onde predomina o que denomina de “sociedade salarial”, porque ela assegura cobertura social a todos os trabalhadores integrados no sistema produtivo. Mas, esta combinação deixa completamente descoberto a questão de como assegurar renda aos pobres economicamente ativos, ou seja, àqueles que estão em condições de trabalhar, mas que são rejeitados ou expulsos do sistema produtivo.

No Brasil, a seguridade social instituída pela Constituição de 1988 garantiria a universalização do acesso aos serviços de saúde afastando o princípio de seguro contributivo para que o indivíduo tivesse acesso à saúde. Todavia, no que concerne às prestações de substituição de renda (tanto os benefícios previdenciários quanto os assistenciais), a associação previdência-assistência só responde parcialmente ao problema dos trabalhadores que não estão inscritos na ordem formal do trabalho assalariado e que, constituem um contingente importante da população.

O complexo previdência-assistência, tal como está sugerido nas legislações, produz uma dupla categorização: é a obrigação do trabalho (assalariado ou não ) que garante o direito aos benefícios previdenciários de cobertura dos riscos sociais; e é a obrigação de se ter sérias razões que justifiquem o não exercício do trabalho que garante o direito às prestações assistenciais continuadas. Com isso, o indivíduo que recebe o benefício de prestação continuada só tem garantido esta renda mínima se perdurar sua condição de inaptidão ao trabalho e de pobreza.

Quando falamos em autonomia do indivíduo esperamos que este possa ser integrado no mundo do trabalho, das trocas, podendo traçar para si suas escolhas. O sujeito psiquiatrizado pode perder muito de sua autonomia mas como há diversos graus para isto, podemos apostar em alguns casos que ele pode voltar a trabalhar e ter suas conquistas. E o que nos parece as vezes, é que o usuário que está tentando se reinserir na comunidade exercendo atividades laborais em dado momento se vê um impasse entre continuar tentando desempenhar atividades laborais e omitir estas tentativas ao perito que vai revisar seu benefício, se vai simular os sintomas da doença ou se vai correr o risco de passar pela revisão e ser considerado apto para o trabalho. Sabemos que é difícil conseguir o benefício, mas perdê-lo pode gerar duas conseqüências: ser considerado apto novamente (o que dá grande sensação de satisfação) e, o de perder o benefício e ficar na situação que todos estão em que não há garantias para o trabalho informal.

Um autor que muito contribui para esta discussão é Castel (1991). O autor trabalha com uma categoria chamada “*desfiliação*” que define esta dissociação do vínculo social que os usuários sofrem. Tal categoria não versa somente sobre uma situação de “carência” econômica apenas, mas de fragilidade relacional, de isolamento, que seria causada principalmente pela precariedade da relação do indivíduo e o trabalho. Seria então a falta de trabalho e sua precariedade, a causa de muitas pessoas estarem na condição de *desfiliação*, sendo então alvo de políticas de cunho assistencial.

Castel se reporta então às políticas sociais nas sociedades do Antigo Regime. Procede demarcando uma linha que considera dividir as populações em dois grupos: os que seriam aptos ao trabalho, mas, não estão conseguindo trabalho e, os considerados inaptos. Os últimos seriam os inválidos de todo tipo, os velhos e os doentes sem recursos, as crianças pobres. Estas categoria suscitaria a assistência. Assim é caracterizado este grupo

*Poder ser assistido significa que uma deficiência, seja devido a doença, a debilidade, a idade ou a uma situação sócio-familiar desastrosa, torna a pessoa incapaz de assegurar a si mesma uma auto-subsistência mínima e faz com que ela, por isso, chame a atenção para uma problemática dos seguros. Mas, regra geral, o beneficiário deve ser, a título provisório ou definitivo, inapto para o trabalho.” (Castel, 1991, p. 24-25)*

O indivíduo que fosse considerado inapto ao trabalho seria o principal alvo da assistência e sua principal preocupação parece recair sobre os indivíduos considerados aptos e que não conseguem trabalho não por “vagabundagem” mas por que o trabalho estar se tornando mais escasso e informal não dando segurança principalmente ao jovem e àqueles indivíduos desqualificados profissionalmente.

O tratamento dado ao indigente apto ao trabalho é totalmente diferente. Para este não é permitido solicitar assistência. Sua carência adviria do fato de não trabalhar ou de se prestar a ocupações tão precárias e mal remuneradas que não lhe assegurem a subsistência. Ele é impelido à mobilidade profissional, mas está é duplamente interdita: pela organização do trabalho dominado por um sistema corporativo rígido excluindo o trabalho “livre” e a venda no mercado de uma força produtiva que é sua única propriedade; pelas legislações penais que tentam fixar sua força de trabalho e que, pelo viés da repressão da vagabundagem, fazem da errância um delito.

Segundo o autor, esta problematização emerge com clareza na metade do Século XIV. Surgem, com efeito, no conjunto da Europa decretos que visam diminuir a mobilidade no trabalho, obrigando a quem quer que seja a aceitar uma ocupação qualquer, reprimindo a indigência ociosa e condenando a assistência aos indigentes válidos. Porém ainda não foi neste momento que foi recolocado o problema em questão de uma clivagem

fundamental entre a indignidade válida e a miséria devida a uma inaptidão para o trabalho.

O autor esquematiza o que seriam quatro zonas diferenciadas.

- A zona de integração que dispõem de garantias de um trabalho permanente e que se pode mobilizar suportes relacionais sólidos;
- A zona de vulnerabilidade que associaria a precariedade do trabalho e a fragilidade relacional;
- A zona de assistência que seria da dependência assegurada e integrada;
- A zona de desfiliação que conjugaria ausência de trabalho e isolamento social.

Prossegue lembrando que essa vulnerabilidade tem sido produzida na conjuntura da precariedade do trabalho e da fragilidade do vínculo social. Há um aumento do desemprego nos dias atuais e este não é apenas o signo mais visível da desestruturação do mercado de trabalho.

Escorel (1998) também se reporta ao tema da desfiliação e ao texto de Castel lembrando-nos que o tema da exclusão, da desqualificação e da desvinculação vem agrupando o que é considerado “a nova questão social” que já foi representada pela figura do “vagabundo” na Idade Média e pelo pauperismo no início da época industrial. Haveria de um lado os desvinculados por excelência identificando o que constituiu em cada época o núcleo central da integração que demarcava as demais zonas: de assistência (reservada aos “incapazes para o trabalho”) e de outro lado os aptos. Porém, é a zona da vulnerabilidade que concentra a atenção de Castel: O autor propõe que a emergência da nova questão social esteja nas transformações do processo de assalariamento.

Este ainda observa que o núcleo central da integração social, através do vínculo com a esfera do trabalho estaria se desmoronando, aumentando as demais zonas — de assistência e de exclusão, e a desintegração do vínculo ocupacional — numa sociedade que ainda se pensa e reage como uma “sociedade de trabalho” estaria fazendo emergir uma vulnerabilidade de massa especificamente contemporânea.

Scorel (1998) nos lembra que enquanto na França há uma crise da sociedade do trabalho, mas houve um momento em que a sociedade passou por um período de pleno emprego protegido, ou seja, houve já um assalariamento formal da maioria da população economicamente ativa. No Brasil, porém o assalariamento formal não se universalizou. Pelo contrário, alimenta uma franja crescente de inserção ocupacional informal, não contratualizada, e, portanto, desprotegida.

No caso dos beneficiários do BPC parece que a assistência que estes recebem não seria segurada e integrada, pois o indivíduo é segurado e recebe o benefício, mas as categorias de elegibilidade (renda familiar e atestado de incapacidade para o trabalho) não lhes daria esse cunho de integração.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho observou, ao longo de toda uma trajetória da História da Loucura, com todas as suas transições e processos de reformas que, ainda que a reforma psiquiátrica busque a ruptura com os dogmas que enclausuraram o louco por séculos e com políticas governamentais que buscam alterar um quadro de desamparo tanto social quanto econômico, e mesmo que equipes de atendimento psiquiátrico procurem prover a integração do paciente através da inserção no trabalho, ainda estamos a passos lentos para uma verdadeira inclusão social, econômica e política, capaz de dar àquele portador de sofrimento psíquico um real *status* de cidadão.

Pessoas que estiveram institucionalizadas e, em especial, a clientela que ficou internada em asilos e hospitais psiquiátricos, precisam também de um trabalho de inserção social, de busca de sua história e de conquista da cidadania. É preciso que os benefícios dados, em seus mais amplos

sentidos, sejam potencializadores da desinstitucionalização do indivíduo em desvantagem social. Em especial, no que concerne ao BPC, de modo que aquele que padece de problemas psicológicos não se sinta ameaçado de — caso haja a melhora do quadro, a ponto de que ele sustente um trabalho — que o benefício seja retirado.

Não obstante, estamos cientes de que o usuário de serviços de saúde mental acabou sendo categorizado como deficiente, ou seja, incapaz, para poder ser considerado passível de receber o BPC. Todavia, este não é necessariamente nem deficiente ou incapaz. Melhor dizendo, em muitos casos está apto ao trabalho e necessitando ser incluso na categoria de produtivo, tanto no que concerne às suas necessidades mais básicas quanto, e principalmente, no que diz respeito ao bom desempenho de seu tratamento.

O fato é que num processo de reabilitação social, percebe-se que a ameaça do corte do benefício pode redundar numa piora do quadro clínico, visto que este poderia significar para o usuário uma perda da autonomia conquistada ou reconquistada, quanto ao gerenciamento de seu próprio dinheiro. Muitos desses indivíduos questionam-se sobre se precisariam se fazer de “maluco” para não perderem o benefício que conquistaram, o que muitas vezes faz com que estes se mantenham numa condição de doente, visto sentirem-se amedrontados, pois correm o risco de perderem sua autonomia e até mesmo uma estabilidade adquirida, o que os deixaria numa situação difícil, podendo, em último caso, serem abandonados e terem de parar nas ruas, num processo maior de exclusão, encontrando-se em estado de mendicância.

A grande maioria dos beneficiários que apresenta condição de sofrimento mental e que consegue ter um trabalho, o faz no mercado informal: com vendas ou produção de obras de sua autoria e ganham muito pouco para que possam prescindir do benefício que recebem.

Os muitos trabalhos realizados por equipes de saúde mental incluem o requerimento do BPC como medida de promoção de autonomia, como também práticas de re-inserção no trabalho. Todavia, o benefício, como já salientado, coloca o usuário na condição de deficiente e incapaz, coisa que o mesmo na maioria das vezes não é. Perguntar-se-ia, então, como se pode trabalhar com a conquista de um mínimo, visto isso gerar, com o tempo, uma dúvida entre optar por continuar com o benefício, por receio de que as conquistas de trabalho não garantam sua subsistência, ou manter-se produtivo.

Nesse contexto, percebe-se haver um dilema, o qual estaria colocado entre o fato de ser importante o paciente sair da posição de “pedinte” para a condição de ter seu próprio dinheiro e a necessidade de se possuir uma garantia mínima em casos onde este entrasse em crise ou em vias de passar necessidades reais, sem nenhum outro auxílio.<sup>26</sup>

Diante do exposto, o processo da avaliação da continuidade do BPC, no momento da perícia médica, tal como é atualmente configurado, nos parece criar impasses para o paciente mediante a ameaça da perda do benefício. O trabalho, para este, possui caráter muitas vezes efêmero e transitório e, isso deve ser levado em conta para que, no momento de avaliação, não o utilizem como único medidor da capacidade de prover sua própria manutenção. Acreditamos que não seria incompatível a possibilidade de um trabalho com a manutenção do benefício. Um beneficiário pode estar eventualmente conseguindo trabalhar, durante o momento da revisão, mas não há garantias de que conseguirá manter-se trabalhando até uma revisão seguinte.

---

<sup>26</sup> Foi aprovada a LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003, chama Lei de Volta para Casa, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações. O benefício tem a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. Não debateremos este benefício neste trabalho, mas é preciso notar que este não determina que para que haja a condição de recebimento, o sujeito deva ser atestado como “incapaz”. A lei também está anexada a este trabalho.

O que se almejou questionar no presente trabalho foi se o BPC auxilia ou torna-se mais um obstáculo na conquista da autonomia por parte dos usuários. O BPC, apesar de trazer ao usuário a possibilidade de sair das instituições manicomiais e de proporcionar uma renda para gerenciar sua subsistência, não lhe permite sentir-se seguro o bastante para que esse benefício seja prescindível, ainda que consiga manter uma atividade remunerada. Existe uma contradição entre as condições de concessão desse benefício e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que contestam um determinado juízo de incapacidade de inserção desses usuários como atores da vida social, enfatizando a possibilidade de sua autonomia. Seguindo Tykanori (1996), definimos autonomia “como a capacidade de o indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (p.57).

*“Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/ coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia” (ibid.)*

A autonomia do louco sempre foi negada para os campos jurídico, médico e para a sociedade. Aos loucos sempre foi destinada a exclusão do espaço social e restrição do usufruto dos direitos sociais. Mas quando se estende os direitos sociais a todos os cidadãos e esses direitos se transformam em benefícios propostos por lei, é preciso que pensemos nas conseqüências por estes trazido. Os usuários dependeram de poucas relações/coisas porque, por muito tempo, pouco lhes foi permitido usufruir. O usuário não pôde contemplar o pleno usufruto dos direitos sociais previstos em lei, e esse impedimento desse usufruto, naquilo que concerne ao problema ora abordado incide justamente sobre essa contradição a que nos reportamos anteriormente, isto é, a relação excludente entre os direitos conquistados pelos usuários e o postulado da reforma psiquiátrica. Não se

trata de afirmar o equívoco de qualquer uma das partes, mas de afirmar que no processo da conquista da autonomia por parte dos usuários, estes acabam por ficar “engessados” pela lei, devido às restrições de caráter operacional que permeiam a concessão do BPC.

Em vista do impasse revelado, há a necessidade de que sejam reconsiderados os critérios que condicionam o recebimento de benefícios por parte desta clientela e que estes não sejam atrelados a comprovações de incapacidade para o trabalho, para que não seja inviabilizado o ganho de autonomia por parte dos usuários. Novos critérios poderiam ser propostos, ou mesmo outros benefícios que tratem especificamente ao usuário de saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. Trad. Alfredo Bosi e Ivone Castilho. 4ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 2000

ACKERKNECHT, E.H. *El problema de la degeneración*. In: Breve Historia de la Psiquiatria. 2ª ed. Buenos Aires: Universitaria, 1964.

ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon. *O Louco, entre o juiz e o Médico In Metáforas da desordem*, 1978.

AMARANTE, P. D. C. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

\_\_\_\_\_. (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* Editora Fiocruz RJ, 1994.

\_\_\_\_\_. *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. e BEZERRA J.B. *Psiquiatria sem hospício- contribuição ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

Arretche, M.T. S. Estado Federativo e políticas Sociais: determinantes da descentralização, REVAN Rio de Janeiro, 2000.

BASAGLIA, F. (org). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BEZERRA, B. *Cidadania e loucura: um paradoxo?* In *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*: Relume-Dumará, RJ, 1992.

BEZERRA, B. Jr, AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetividade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

\_\_\_\_\_. *Cidadania Tresloucada*. In BEZERRA JR e AMARANTE, P. *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Relume Dumará. 1992

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Trad. De Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Campus, 1992

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BERCHERIE, P. *Magnan*. In: *Os Fundamentos da Clínica : história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BRÉHIER, É. *Os temas Atuais da Filosofia*. PUC, Curitiba, 1964

CASTEL, R. *Les Aventures de la Pratique*. In: NORA, Pierre (Org.) *Le Débat*. Paris: 1986.

\_\_\_\_\_. *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1987.

\_\_\_\_\_. *A Ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. *Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional*. In *Saúde e Loucura* n ° 4, Antônio Lanceti (org) RJ, 1993.

\_\_\_\_\_. *As armadilhas da exclusão*. In Mariângela Belfiore-Wanderley, Lucia Bógus, Maria Carmelita Yazbek, *Desigualdade e a questão social*. São Paulo, EDUC, 2000.

\_\_\_\_\_. *As transformações da questão social*. In Mariângela Belfiore- Wanderley, Lucia Bógus, Maria Carmelita Yazbek, *Desigualdade e a questão social*. São Paulo, EDUC, 2000.

\_\_\_\_\_. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*, Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

\_\_\_\_\_. *A Dissidência Política*. In: CARRILHO, Manuel M. (Org.)op. Cit. 1977

CORRÊA, M. *As ilusões da liberdade: a escola de Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Tese de doutoramento. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1982

COUTINHO, C. N. *Contra Corrente: Ensaio sobre democracia e socialismo*. São Paulo, Cortez, 2000.

DALGALARRONDO, P. *Os inícios da etnopsiquiatria*. In: *Civilização e Loucura: Uma Introdução à História da Etnopsiquiatria*. São Paulo, Lemos, 1996.

DA MATTA, R. *A Casa e a Rua. Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil*. 5ª Ed., Rio de Janeiro, Rocco, 1997

DAOLIO, J. *Da cultura do corpo*. Campinas: s.r., 1995 (Col. "Corpo e Motricidade").

DESVIAT, M. *Editorial: La Salud Mental Cuestionada*. *Psiquiatria Pública*, Vol. 8, nº 4, Julio- Agosto. 1995

DOSSE, F. *História do Estruturalismo*, v.1. o campo do signo,1945-1966; São Paulo; Ensaio;Campinas, SP; Editora da Universidade Estadual de Campinas; 1993.

ELIAS, N. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

ERIBON, D. *Michel Foucault (1926-1984)*. São Paulo: Companhia das Letras. 1990

FERREIRA, I. B. *O Complexo Previdenciário-assistencial Brasileiro: fatores de inclusão e exclusão social*. In *Temas Codeplan 2: Políticas Públicas: Exclusão social* Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central- Brasília: CODEPLAN, 1998.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1962.

\_\_\_\_\_. *A Casa dos Loucos*. In: MACHADO, Roberto (Org.) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

\_\_\_\_\_. *Dissidência, Enclausuramento, Psiquiatria e Prisão: Debate com M. Foucault, D. Cooper, J. P. Faye entre outros*. In: op. cit., 1979.

\_\_\_\_\_. *La arqueología del saber*. Ciudad Del México: Siglo XXI, 1972.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

\_\_\_\_\_. *A história da sexualidade: a vontade do saber* (vols. I, II e III). Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

\_\_\_\_\_. *A ordem do discurso*. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1961.

\_\_\_\_\_. *Estigma — Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Editora LTC, 1988.

GOULD, S.J. - Medindo cabeças. In: *A falsa medida do homem*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

GROS, F. *Foucault e la Folie*. Paris: PUF, 1997, pp.16-27 / 82-85.

JAPIASSU, H e SOUZA FILHO, D. M.; *Dicionário Básico de Filosofia*; 1ª ed.; Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor; 1990

KODAS, M. *Da Negação do Manicômio a Construção de um Modelo Substitutivo em Saúde Mental: O Discurso de Usuários e Trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, 2002.

KOURY, M. G. P. "*A dor como objeto de pesquisa social*". *Ilha - Revista de Antropologia*, Florianópolis, Programa de Pós-Graduação em Antropologia - UFSC, n°. 0, out./ 1999.

LIMA, N.T. & HOCHMAN, G.- Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da primeira república. In: MAIO, M.C & SANTOS, R.V. (org.) - *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996, p. 23-40.

BRASIL- LOAS — *Lei Orgânica da Assistência Social*. 1993

MACÊDO, M. A Necessidade Humanas e Mínimos Sociais: uma reflexão crítica in *O Social Em Questão*. Volume 4-, Número 4-, 1999. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Serviço Social

MACHADO, R. *Por uma genealogia do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

—————. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de M. Foucault*. São Paulo, Graal, 1980.

—————. *Nietzsche e a verdade*. São Paulo: Graal, 1999.

—————. *Deleuze e a Filosofia*. São Paulo: Graal, 1996.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R. e MURICY, K. *Aos loucos, o hospício* (Loucura, uma questão de Estado). In: *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978, p.485-492.

MANZINE- COVRE, M. L. *O que é Cidadania?*. Coleção Primeiros Passos. 2ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1996.

MARSHALL, T.H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. Organizado por Lambert Puccinelli. São Paulo:EPU, 1974.

MOREIRA, M.S.; *Notícias Psiquiátricas*[Set/90, N° 198]; Rio de Janeiro; Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro.

NADAU. M. *História do Surrealismo*. Trad. Geraldo Gerson de Souza. São Paulo, Ed. Perspectiva, s/d .

NICÁCIO, F.(org) *Desinstitucionalização* São Paulo, Hucitec, 1990.

OLIVEIRA, F. B. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2002.

OBIOLS, J. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. Rio de Janeiro: Salvat, 1979, p.29-62.

PELBART, P.P. *Da clausura do fora ao fora da clausura, loucura e desrazão*. São Paulo, Brasiliense, 1989.

PITTA, A. (Org) *A Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Editora Hucitec, 1996

RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. e MAURI, D. *Desinstitucionalização, uma outra via*. In NICÁCIO (Org), *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990

ROTELLI e AMARANTE. *Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e metodológicos* In BEZERRA JR e AMARANTE, P. *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Relume Dumará. 1992

ROUDINESCO, E. e PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*; Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor; 1998

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 11ª ed. Coimbra: Histórias e Idéias, 1999.

SARACENO, B. *Libertando Identidades: da Reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Té Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, 1999.

SCIACCA, M. F. *História da Filosofia*. São Paulo, Mestre Jô. 1968

SERPA JR., O.D. - Genes: do colar de pérolas ao ADN. In *Mal-estar na natureza - estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998, p. 168-178.

TYKANORI, R. K. *Contratualidade e Reabilitação Psicossocial* In: PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, São Paulo, Hucitec, 1996.

VIANNA, M. L.W. *Notas sobre Política social*. Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol 1, n 1, IMS/UERJ, 1991.

## Anexo 1: Descrição de caso

Em 2002, FP. morava em um Abrigo Assistido e era considerado pela equipe o “mais independente dos usuários”. Era nordestino, mas parte de sua família morava na Rocinha no Rio de Janeiro (tinha mãe, duas irmãs e um irmão que também apresentava problema psiquiátrico). Seu pai já havia morrido e ele dizia ter uma relação muito próxima com ele.

O usuário fazia amizades muito facilmente, era muito simpático e por vezes galanteador insistente das mulheres. Também por vezes gastava todo seu dinheiro com jogos, apostas e prostitutas, o que o deixava cheio de dívidas. Pedia dinheiro diversas vezes para os membros da equipe e também para os outros moradores por causa de suas dívidas e, até mesmo a família, sabendo de sua dificuldade em economizar e manter-se longe das dívidas, não lhe emprestava dinheiro. Fazia empréstimos a pessoas que não sabíamos quem eram, como também a empresas que emprestavam dinheiro.

Quando estava em crise seu quadro parecia ser de mania, pois ele ficava muito agitado, falava sem parar, muito ansioso. Quando estava assim, falava muito em sexo, jogava muito, gastava muito e discutia facilmente por qualquer motivo. Vivia fazendo contas e muitas vezes desistia, pois via que eram tantas suas dívidas que se tornava difícil entender a dimensão das mesmas.

Recebia o Benefício de Prestação Continuada desde que foi morar no Abrigo e falava muito de seu medo de não ter qualquer fonte de renda e passar a viver dependente das pessoas ou como mendigo. A equipe constantemente apontava a ele sobre a necessidade de que ele administrasse melhor seu dinheiro, mas ele recusava-se a aceitar ajuda ou opinião. Dizia insistentemente que não era igual aos outros usuários, que não precisava da ajuda dos membros da equipe ( dizia: “ não preciso de babá” )

Incentivado pela equipe, começou a vender lanches em uma barraca. Aos poucos foi conseguindo ampliar os produtos que vendia. Ele mesmo ia ao Centro comprar a mercadoria, preparava os produtos e vendia na rua. Começou a ter lucro e passou a convidar outros membros da casa para lhe ajudar a comprar e carregar os produtos. Passava dias trabalhando e planejando ganhar mais e mais dinheiro com seu novo ofício.

A equipe começou a observar o quanto ele realmente passou a desempenhar todas as funções sozinho e a ganhar dinheiro com seu trabalho e apontou para o Usuário a possibilidade dele tentar achar um lugar para viver (um quarto, uma casa), onde ele pudesse então ser independente. O Abrigo seria um espaço temporário para reabilitação, já que o usuário parecia não precisar tanto de um espaço com apoio institucional seria ideal que ele fosse galgar outras conquistas e ter sua casa própria.

À medida que o usuário ia conseguindo trabalhar também aumentava seu medo de perder o benefício no momento da revisão (que se dá de dois em dois anos). Era um questionamento comum no Abrigo, o que dizer ao perito caso ele estivesse conseguindo ganhar “um dinheiro extra”. Os usuários nos perguntavam, sabendo que com a melhora de seus quadros e o exercício de uma atividade produtiva, poderia acontecer uma não revisão do benefício. Perguntavam se deveriam falar que estavam “ouvindo vozes” ou se deveriam omitir os trabalhos e ganhos que estavam começando a conseguir ter.

F.P. muitas vezes repetia que “era melhor o certo que o duvidoso” – o benefício – do que a dúvida quanto a vender ou não seus produtos. Muitas vezes sobrava muito material, não conseguia vender naquele dia, ou tinha comprado demais, e então ele se questionava sobre se seria melhor a garantia do benefício todo o

mês ou a incerteza de vender ou não. Parecia ser uma escolha muito difícil e ele não via como manter os dois ganhos, já que todos sabiam que só recebia o benefício que não podia trabalhar, um atestado de incapacidade.

O conflito começou a aumentar sobre esta questão: ficar com o benefício ou trabalhar; ficar no Abrigo ou alugar um quarto e F.P. começou a brigar com todos e a desafiar a equipe. Começou a comprar coisas caras (um aparelho de som), a brigar com membros da equipe e com os moradores e também com pessoas que vendiam ou alugavam para ele, objetos para o trabalho.

FP foi internado, pois estava em crise e se encontrava discutindo muito, falando muito, gastando muito. Ficou muito ressentido com a equipe durante a internação e por vezes teve que ser imobilizado no hospital psiquiátrico, pois estava agressivo com os outros pacientes. Ficou por volta de um mês internado no Hospital Phillippe Pinel.

Voltou para o Abrigo e a equipe se reuniu com ele para falar sobre sua internação e sobre o seu retorno. F.P. havia perdido “o ponto” onde ele vendia os produtos e estava muito preocupado em retomar seu trabalho. Assim que voltou ao Abrigo soube também que sua mãe havia sido internada e esta, alguns dias depois de sua volta para o Abrigo, faleceu.

Durante o enterro da mãe F.P. dava apoio a todos seus familiares, mas estes não eram carinhosos com F.P.<sup>1</sup> Diziam que a mãe “ que morrera do coração” havia morrido por causa das preocupações que F.P. e o irmão geravam. Ele também dizia que a mãe era a única coisa que lhe restava nesta vida.

Durante os trinta dias que se seguiram , FP foi se afastando cada vez mais dos membros da equipe e dos moradores. Saía e entrava em casa diversas vezes, sem conversar muito e dizia que estava tomando sua medicação, quando perguntado. Foi dito a ele que era preciso fazer uma reavaliação de sua medicação. Entramos em contato com o médico e ele o estava acompanhando realmente. Mas como sempre ele tomou sua medicação sem o auxílio do auxiliar de enfermagem do Abrigo, não foi conferido se ele estava tomando a medicação de forma correta.

Através de outros moradores ficamos sabendo que era recorrente a conversa de F.P. sobre a morte, sobre não ter sentido a vida, sobre a vontade de tomar muitos remédios de uma vez, sobre sua dificuldade de sair daquela “casa de loucos”, a qual ele dizia ser diferente. Não conversava muito com a equipe e usava muito o telefone, sempre brigando, discutindo ou conferindo coisas referentes a dívidas. Fazia contas no caderno e parecia angustiado em não saber como pagá-las.

Um dia, F.P. saiu sem falar com ninguém e sumiu por uma semana. A equipe procurou em diversos locais: hospitais, delegacia e ficou sabendo que ele estava no IML (Instituto Médico Legal).

A equipe ficou perplexa, pois ele era muito querido e tornou-se importantíssimo repensar nossa intervenção e o quão angustiante é tornar-se independente e se sentir dependente. Tantas perdas (mãe, sair da proteção do Abrigo, perder o Benefício, se sustentar) e tantas foram as dificuldades de administrar tudo isso que foi preciso pensar sobre este caso por dois anos, como também pensar de uma forma mais ampla: como este mesmo questionamento (ficar com o “ certo” ou trabalhar ? ) perpassa muitos usuários.

---

<sup>1</sup> (Quando F. P. se endividava, pedia dinheiro aos parentes e estes não o emprestavam, então, ele brigava muito com os parentes e estes se afastavam dele)

Anexo 2: LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

## LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

### CAPÍTULO I

#### Das Definições e dos Objetivos

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.

### CAPÍTULO II

#### Dos Princípios e das Diretrizes

#### SEÇÃO I

##### Dos Princípios

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

## SEÇÃO II

### Das Diretrizes

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.

## CAPÍTULO III

### Da Organização e da Gestão

Art. 6º As ações na área de assistência social são organizadas em sistema descentralizado e participativo, constituído pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta lei, que articule meios, esforços e recursos, e por um conjunto de instâncias deliberativas compostas pelos diversos setores envolvidos na área.

Parágrafo único. A instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social é o Ministério do Bem-Estar Social.

Art. 7º As ações de assistência social, no âmbito das entidades e organizações de assistência social, observarão as normas expedidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que trata o art. 17 desta lei.

Art. 8º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observados os princípios e diretrizes estabelecidos nesta lei, fixarão suas respectivas Políticas de Assistência Social.

Art. 9º O funcionamento das entidades e organizações de assistência social depende de prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º A regulamentação desta lei definirá os critérios de inscrição e funcionamento das entidades com atuação em mais de um município no mesmo Estado, ou em mais de um Estado ou Distrito Federal.

§ 2º Cabe ao Conselho Municipal de Assistência Social e ao Conselho de Assistência Social do Distrito Federal a fiscalização das entidades referidas no caput na forma prevista em lei ou regulamento.

§ 3º A inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidades de fins filantrópicos junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

§ 4º As entidades e organizações de assistência social podem, para defesa de seus direitos referentes à inscrição e ao funcionamento, recorrer aos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

Art. 10. A União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal podem celebrar convênios com entidades e organizações de assistência social, em conformidade com os Planos aprovados pelos respectivos Conselhos.

Art. 11. As ações das três esferas de governo na área de assistência social realizam-se de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Art. 12. Compete à União:

- I - responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada definidos no art. 203 da Constituição Federal;
- II - apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito nacional;
- III - atender, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência.

Art. 13. Compete aos Estados:

- I - destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social;
- II - apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito regional ou local;
- III - atender, em conjunto com os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;
- IV - estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social;
- V - prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado.

Art. 14. Compete ao Distrito Federal:

- I - destinar recursos financeiros para o custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidos pelo Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;
- II - efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;
- III - executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;
- IV - atender às ações assistenciais de caráter de emergência;
- V - prestar os serviços assistenciais de que trata o art. 23 desta lei.

Art. 15. Compete aos Municípios:

- I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidas pelos Conselhos Municipais de Assistência Social;
- II - efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;
- III - executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;
- IV - atender às ações assistenciais de caráter de emergência;
- V - prestar os serviços assistenciais de que trata o art. 23 desta lei.

Art. 16. As instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de assistência social, de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são:

- I - o Conselho Nacional de Assistência Social;
- II - os Conselhos Estaduais de Assistência Social;
- III - o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;
- IV - os Conselhos Municipais de Assistência Social.

Art. 17. Fica instituído o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão superior de deliberação colegiada, vinculado à estrutura do órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, cujos membros, nomeados pelo Presidente da República, têm mandato de 2 (dois) anos, permitida uma única recondução por igual período.

§ 1º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é composto por 18 (dezoito) membros e respectivos suplentes, cujos nomes são indicados ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, de acordo com os critérios seguintes:

I - 9 (nove) representantes governamentais, incluindo 1 (um) representante dos Estados e 1 (um) dos Municípios;

II - 9 (nove) representantes da sociedade civil, dentre representantes dos usuários ou de organizações de usuários, das entidades e organizações de assistência social e dos trabalhadores do setor, escolhidos em foro próprio sob fiscalização do Ministério Público Federal.

§ 2º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é presidido por um de seus integrantes, eleito dentre seus membros, para mandato de 1 (um) ano, permitida uma única recondução por igual período.

§ 3º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) contará com uma Secretaria Executiva, a qual terá sua estrutura disciplinada em ato do Poder Executivo.

§ 4º Os Conselhos de que tratam os incisos II, III e IV do art. 16 deverão ser instituídos, respectivamente, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante lei específica.

Art. 18. Compete ao Conselho Nacional de Assistência Social:

I - aprovar a Política Nacional de Assistência Social;

II - normatizar as ações e regular a prestação de serviços de natureza pública e privada no campo da assistência social;

III - fixar normas para a concessão de registro e certificado de fins filantrópicos às entidades privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social;

IV - conceder atestado de registro e certificado de entidades de fins filantrópicos, na forma do regulamento a ser fixado, observado o disposto no art. 9º desta lei;

V - zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de assistência social;

VI - convocar ordinariamente a cada 2 (dois) anos, ou extraordinariamente, por maioria absoluta de seus membros, a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema; (\*)

(\*) NOTA: Revogado pela Lei no 9.720, de 30 de novembro de 1998. Passa a vigorar com a seguinte redação:

"VI - a partir da realização da II Conferência Nacional de Assistência Social em 1997, convocar ordinariamente a cada quatro anos a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema;"

VII - (Vetado.)

VIII - apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social;

IX - aprovar critérios de transferência de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, para tanto, indicadores que informem sua regionalização mais equitativa, tais como: população, renda per capita, mortalidade infantil e concentração de renda, além de disciplinar os procedimentos de repasse de recursos para as entidades e organizações de assistência social, sem prejuízo das disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias;

X - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos programas e projetos aprovados;

XI - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar os programas anuais e plurianuais do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS);

XII - indicar o representante do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) junto ao Conselho Nacional da Seguridade Social;

XIII - elaborar e aprovar seu regimento interno;

XIV - divulgar, no Diário Oficial da União, todas as suas decisões, bem como as contas do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e os respectivos pareceres emitidos.

Art. 19. Compete ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social:

I - coordenar e articular as ações no campo da assistência social;

II - propor ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) a Política Nacional de Assistência Social, suas normas gerais, bem como os critérios de prioridade e de elegibilidade, além de padrões de qualidade na prestação de benefícios, serviços, programas e projetos;

III - prover recursos para o pagamento dos benefícios de prestação continuada definidos nesta lei;

IV - elaborar e encaminhar a proposta orçamentária da assistência social, em conjunto com as demais da Seguridade Social;

V - propor os critérios de transferência dos recursos de que trata esta lei;

VI - proceder à transferência dos recursos destinados à assistência social, na forma prevista nesta lei;

VII - encaminhar à apreciação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) relatórios trimestrais e anuais de atividades e de realização financeira dos recursos;

VIII - prestar assessoramento técnico aos Estados, ao Distrito Federal, aos Municípios e às entidades e organizações de assistência social;

IX - formular política para a qualificação sistemática e continuada de recursos humanos no campo da assistência social;

X - desenvolver estudos e pesquisas para fundamentar as análises de necessidades e formulação de proposições para a área;

XI - coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de assistência social, em articulação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal;

XII - articular-se com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com os demais responsáveis pelas políticas sócio-econômicas setoriais, visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas;

XIII - expedir os atos normativos necessários à gestão do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);

XIV - elaborar e submeter ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) os programas anuais e plurianuais de aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

#### CAPÍTULO IV

Dos Benefícios, dos Serviços, dos Programas e dos Projetos de Assistência Social

##### SEÇÃO I

Do Benefício de Prestação Continuada

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, entende-se por família a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes. (\*)

(\*) NOTA: Revogado pela Lei no 9.720, de 30 de novembro de 1998. Passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 1o Para os efeitos do disposto no caput, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto."

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

§ 5º A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício.

§ 6º A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social. (\*)

(\*) NOTA: Revogado pela Lei no 9.720, de 30 de novembro de 1998. Passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS."

§ 7º Na hipótese de não existirem serviços credenciados no Município de residência do beneficiário, fica assegurado o seu encaminhamento ao Município mais próximo que contar com tal estrutura. (\*)

(\*) NOTA: Revogado pela Lei no 9.720, de 30 de novembro de 1998. Passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 7º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura."

Acrescenta-se o § 8º, conforme determinado pela Lei no 9.720, de 30 de novembro de 1998:

"§ 8º A renda familiar mensal a que se refere o § 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido." (NR)

Art. 21. O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no caput, ou em caso de morte do beneficiário.

§ 2º O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na sua concessão ou utilização.

## SEÇÃO II

### Dos Benefícios Eventuais

Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais aqueles que visam ao pagamento de auxílio por natalidade ou morte às famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 1º A concessão e o valor dos benefícios de que trata este artigo serão regulamentados pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

§ 2º Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.

§ 3º O Conselho Nacional de Assistência Social-CNAS, ouvidas as respectivas representações de Estados e Municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% (vinte e cinco por cento) do salário mínimo para cada criança de até 6 (seis) anos de idade, nos termos da renda mensal familiar estabelecida no caput.

### SEÇÃO III

#### Dos Serviços

Art. 23. Entendem-se por serviços assistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei.

Parágrafo único. Na organização dos serviços será dada prioridade à infância e à adolescência em situação de risco pessoal e social, objetivando cumprir o disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

### SEÇÃO IV

#### Dos Programas de Assistência Social

Art. 24. Os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais.

§ 1º Os programas de que trata este artigo serão definidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social, obedecidos os objetivos e princípios que regem esta lei, com prioridade para a inserção profissional e social.

§ 2º Os programas voltados ao idoso e à integração da pessoa portadora de deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta lei.

### SEÇÃO V

#### Dos Projetos de Enfrentamento da Pobreza

Art. 25. Os projetos de enfrentamento da pobreza compreendem a instituição de investimento econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio-ambiente e sua organização social.

Art. 26. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentar-se-á em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

## CAPÍTULO V

### Do Financiamento da Assistência Social

Art. 27. Fica o Fundo Nacional de Ação Comunitária (Funac), instituído pelo Decreto nº 91.970, de 22 de novembro de 1985, ratificado pelo Decreto Legislativo nº 66, de 18 de dezembro de 1990, transformado no Fundo Nacional de Assistência Social-FNAS.

Art. 28. O financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos nesta lei far-se-á com os recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, das demais contribuições sociais previstas no art. 195 da Constituição Federal, além daqueles que compõem o Fundo Nacional de Assistência Social-FNAS.

§ 1º Cabe ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social gerir o Fundo Nacional de Assistência Social-FNAS sob a orientação e controle do Conselho Nacional de Assistência Social-CNAS.

§ 2º O Poder Executivo disporá, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de publicação desta lei, sobre o regulamento e funcionamento do Fundo Nacional de Assistência Social-FNAS.

Art. 29. Os recursos de responsabilidade da União destinados à assistência social serão automaticamente repassados ao Fundo Nacional de Assistência Social-FNAS, à medida que se forem realizando as receitas.

(\*)

(\*) NOTA: Acrescenta-se no Art. 29 o Parágrafo único, conforme determinado pela Lei no 9.720, de 30 de novembro de 1998:

"Art. 29. ....

Parágrafo único. Os recursos de responsabilidade da União destinados ao financiamento dos benefícios de prestação continuada, previstos no art. 20, poderão ser repassados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social diretamente ao INSS, órgão responsável pela sua execução e manutenção." (NR)

Art. 30. É condição para os repasses, aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal, dos recursos de que trata esta lei, a efetiva instituição e funcionamento de:

(\*)

(\*) NOTA: Acrescenta-se no Art. 30 o Parágrafo único, conforme determinado pela Lei no 9.720, de 30 de novembro de 1998:

"Art. 30. ....

Parágrafo único. É, ainda, condição para transferência de recursos do FNAS aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social, a partir do exercício de 1999." (NR)

I - Conselho de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil;

II - Fundo de Assistência Social, com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social;

III - Plano de Assistência Social.

## CAPÍTULO VI

### Das Disposições Gerais e Transitórias

Art. 31. Cabe ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito aos direitos estabelecidos nesta lei.

Art. 32. O Poder Executivo terá o prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação desta lei, obedecidas as normas por ela instituídas, para elaborar e encaminhar projeto de lei dispondo sobre a extinção e reordenamento dos órgãos de assistência social do Ministério do Bem-Estar Social.

§ 1º O projeto de que trata este artigo definirá formas de transferências de benefícios, serviços, programas, projetos, pessoal, bens móveis e imóveis para a esfera municipal.

§ 2º O Ministro de Estado do Bem-Estar Social indicará Comissão encarregada de elaborar o projeto de lei de que trata este artigo, que contará com a participação das organizações dos usuários, de trabalhadores do setor e de entidades e organizações de assistência social.

Art. 33. Decorrido o prazo de 120 (cento e vinte) dias da promulgação desta lei, fica extinto o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), revogando-se, em consequência, os Decretos-Lei nºs 525, de 1º de julho de 1938, e 657, de 22 de julho de 1943.

§ 1º O Poder Executivo tomará as providências necessárias para a instalação do Conselho Nacional de Assistência Social-CNAS e a transferência das atividades que passarão à sua competência dentro do prazo estabelecido no caput, de forma a assegurar não haja solução de continuidade.

§ 2º O acervo do órgão de que trata o caput será transferido, no prazo de 60 (sessenta) dias, para o Conselho Nacional de Assistência Social-CNAS, que promoverá, mediante critérios e prazos a serem fixados, a revisão dos processos de registro e certificado de entidade de fins filantrópicos das entidades e organização de assistência social, observado o disposto no art. 3º desta lei.

Art. 34. A União continuará exercendo papel supletivo nas ações de assistência social, por ela atualmente executadas diretamente no âmbito dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, visando à implementação do disposto nesta lei, por prazo máximo de 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação desta lei.

Art. 35. Cabe ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social operar os benefícios de prestação continuada de que trata esta lei, podendo, para tanto, contar com o concurso de outros órgãos do Governo Federal, na forma a ser estabelecida em regulamento.

Parágrafo único. O regulamento de que trata o caput definirá as formas de comprovação do direito ao benefício, as condições de sua suspensão, os procedimentos em casos de curatela e tutela e o órgão de credenciamento, de pagamento e de fiscalização, dentre outros aspectos.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

#### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV seja garantida ao beneficiário a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiário.

Art. 6º Os recursos para implantação do litição psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental n o 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Ricardo José Ribeiro Berzoini