

Organização e Promoção

OABRJ

**Ordem dos Advogados do Brasil
Seccional Rio de Janeiro**

Evento

“Autismo: Conhecer e Agir”

Palestra

**“CONHECENDO
PESSOAS
COM
DEFICIÊNCIA
PSICOSSOCIAL”**

Ministrante

Romeu Kazumi Sasaki

Consultor de educação inclusiva

Email: romeukf@uol.com.br

Local e data

OAB/RJ

Rio de Janeiro/RJ

13 de abril de 2012

Pessoas com deficiência psicossocial

Romeu Kazumi Sasaki
São Paulo, janeiro de 2012

INTRODUÇÃO

Todos nós - que atuamos junto a pessoas com deficiência - temos enfrentado dificuldade em classificar, tecnicamente, algumas ou muitas destas pessoas, daí advindo uma série de equívocos, descaminhos e erros no desempenho de nossas funções profissionais. É claro que os familiares, amigos, colegas e até desconhecidos das pessoas em foco também têm sentido essa dificuldade.

Um exemplo da dificuldade de classificação está refletido na seguinte pergunta, que tenta aproximar pessoas com histórico de saúde mental para junto das pessoas com deficiência:

“Se as categorias de deficiência mais reconhecidas e utilizadas nos meios acadêmicos e profissionais são a física, a intelectual, a visual, a auditiva e a múltipla, em qual categoria devemos classificar as **pessoas com espectro do autismo**, psicose infantil, transtorno bipolar, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos globais do desenvolvimento, condutas típicas das síndromes neurológicas, psicológicas e psiquiátricas, esquizofrenia, e todos os outros tipos de transtornos mentais?”.

Como percebemos, as diversidades foram aleatoriamente enfileiradas para formarem a pergunta-síntese. E, por isso, algumas fazem parte de outras; outras são sinônimas entre si; e todas constituem **causas** (origens) e não **sequelas** (consequências) com as quais ficaram as pessoas. O importante é que, historicamente, todas estas pessoas sempre foram citadas fora das categorias tradicionais de deficiência, tanto para fins estatísticos e de pesquisa quanto para fins de intervenção prática em educação, saúde, trabalho, lazer etc.

FENÔMENOS EM CADEIA

A rigor, o processo completo envolve causas, efeitos, consequências, fatores ambientais e soluções, na seguinte ordem cronológica:

1. **Causas** (origens). Exemplos: doenças, outras condições de saúde, acidentes, guerras, violências, desastres naturais etc.
2. **Efeitos**. Exemplos: impedimentos de natureza física, psíquica, intelectual, visual, auditiva e múltipla.
3. **Sequelas** (consequências). Exemplos: deficiências física, psicossocial, intelectual, visual, auditiva e múltipla.
4. **Fatores ambientais**. Exemplos: barreiras naturais (configurações geográficas) e/ou construídas (edifícios, espaços urbanos, transportes coletivos) e barreiras atitudinais (desconhecimento, preconceito etc.), as quais – em interação com uma pessoa com deficiência – lhe impõem incapacidade ou dificuldade de agir como as outras pessoas agem.
5. **Soluções**. Exemplos: [1] Eliminar ou diminuir barreiras naturais e/ou construídas e acrescentar processos facilitadores (apoios físicos, materiais, tecnológicos etc.). [2] Eliminar barreiras atitudinais, através de processos facilitadores (apoios humanos e/ou animais, terapias, conscientização, sensibilização, informações, oportunidades de convivência etc.).

CASO 1 (mãe de aluno assassinado)

1. **Causa:** um trauma psíquico ao saber do assassinato do filho dentro da sala de aula, praticado por um ex-aluno da mesma escola, o qual tirou a vida de mais 11 alunos e feriu 13 (massacre ocorrido em 7/4/2011). (FSP, 2011)
2. **Efeito:** impedimento de natureza psíquica, do tipo transtorno depressivo.
3. **Sequela:** deficiência psicossocial.
4. **Fatores ambientais:** barreiras atitudinais (preconceito da sociedade sobre transtorno depressivo), as quais – em interação com esta mãe (pessoa com deficiência psicossocial) – lhe impõem a incapacidade ou a dificuldade de continuar agindo como agia antes do trauma psíquico.
5. **Soluções.** Eliminar barreiras atitudinais da própria família, da escola e da comunidade em geral, através de processos facilitadores (apoios humanos e/ou animais, conscientização, sensibilização, terapias, informações, oportunidades de convivência etc.).

CASO 2 (aluno com espectro do autismo)

1. **Causa:** infecção virótica, distúrbio metabólico, epilepsia, predisposição genética etc.
2. **Efeito:** impedimento de natureza psíquica, do tipo espectro do autismo.
3. **Sequela:** deficiência psicossocial.
4. **Fatores ambientais:** barreiras atitudinais (preconceito da própria família, da escola ou da comunidade em geral), barreiras que – em interação com este aluno (pessoa com deficiência psicossocial) – lhe impõem a incapacidade ou a dificuldade de comportar-se como as outras pessoas inadvertidamente esperam que ele se comporte, ou seja, de maneira igual à de todo mundo.
5. **Soluções.** Eliminar essas barreiras atitudinais da própria família, da escola e da comunidade em geral, através de processos facilitadores (apoios humanos e/ou animais, conscientização, sensibilização, terapias, informações, oportunidades de convivência em todos os ambientes comuns). (CRUZ, 2008)

BREVE HISTÓRICO DAS TERMINOLOGIAS

Há séculos vem se tentando definir uma classificação das deficiências. Tomemos, por exemplo, a **deficiência mental** (hoje, intelectual) para diferenciá-la da **doença mental** (hoje, transtorno mental). Esta questão foi abordada por mim (SASSAKI, 2005), citando Enicéia Mendes, segundo a qual “*O primeiro passo no estudo independente da condição da deficiência mental*” ocorreu no início do século 19, quando se estabeleceu “*a diferenciação entre a idiotia e a loucura*” (MENDES, 1996).

Lá descrevi que, desde a década de 40 do século 20, especialistas se preocuparam em:

“explicar a diferença que existe entre os fenômenos deficiência mental e doença mental (por exemplo: DITTMAN, 1959; CANADÁ, 1959; MALIN, 1964; TAYLOR & TAYLOR, 1966; FREEMAN, 1969; COBB & MITTLER, 1980; GOMES, s/d). Pois são termos parecidos, que muita gente pensa significarem a mesma coisa. Então, em boa hora, vamos separar os dois construtos científicos. Também no campo da saúde mental (área psiquiátrica), está ocorrendo uma mudança terminológica significativa, que substitui o termo doença mental por transtorno mental. Permanece, sim, o adjetivo mental (o que é correto), mas o grande avanço científico foi a mudança para transtorno. Em 2001, o Governo Federal brasileiro publicou uma “lei sobre os direitos das pessoas com transtorno mental” (BRASIL, 2001b), na qual foi utilizada exclusivamente a expressão transtorno mental. Aqui também se aplica o critério do número: pessoa(s) com transtorno mental e não pessoa(s) com transtornos mentais, mesmo que existam várias formas de transtorno mental. Segundo especialistas, o transtorno mental pode ocorrer em 20% ou até 30% dos casos de deficiência intelectual (GOMES, s/d), configurando-se aqui um exemplo de deficiência múltipla.” (SASSAKI, 2005)

Lá no passado, digamos nas décadas de 50 a 70 do século 20, as **pessoas com transtorno mental** foram atendidas e citadas em estudos e estatísticas pelo nome das causas

quando não se identificavam com as categorias tradicionais de deficiência. Por exemplo, algumas destas pessoas foram citadas, atendidas e quantificadas pelas seguintes causas: **doença mental, doença neurológica, distúrbio psiquiátrico, esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva** (hoje, transtorno bipolar) etc.

Já nas décadas de 80, algumas destas causas começaram a ser reconhecidas pelo nome **“condutas típicas das síndromes neurológicas, psicológicas e psiquiátricas”** (equivocamente reduzido para “condutas típicas”), o qual *“abrange uma diversidade muito grande de leituras diagnósticas”* (...) *“Assim, os alunos com ‘condutas típicas’ são aqueles que apresentam problemas de adaptação à escola por manifestarem condutas associadas a dificuldades acentuadas de aprendizagem nesse contexto”* (BRASIL, MEC, 2005, p.17). Foram considerados alunos com “condutas típicas” as crianças com quadros graves de neurose e *“as crianças psicóticas ou autistas”* (BRASIL, MEC, 2005, p.17).

A última década do século 20 e a primeira do século 21 vêm sendo marcadas pelo debate sobre a experiência de inclusão escolar de **“alunos com transtorno mental”** (sic), citando como exemplos *“as psicoses e o autismo”* (...) *“transtornos invasivos de desenvolvimento”* (BRASIL, MEC, 2005, p.31-32). Repare-se o uso do termo “transtorno mental” na expressão “alunos com transtorno mental”, ou seja, a causa (transtorno mental) como elemento que classifica/identifica estes alunos.

Os assim chamados **alunos com transtorno global do desenvolvimento (TGD)** passaram a fazer parte do segmento das pessoas com deficiência e beneficiar-se das medidas asseguradas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008). Alguns exemplos de TGD são: a síndrome de Rett, a síndrome de Asperger, a psicose (MAIA, s/d) e o espectro do autismo (PASCUETO, 2003).

CONCLUSÃO

Cabe agora aos governos nas três esferas do Poder e à sociedade civil organizada a incumbência de adequar a legislação e as políticas públicas aos ditames da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Cabe especificamente aos profissionais de todas as áreas a responsabilidade de adotar os novos conceitos e nomenclaturas de deficiência e aplicá-los nas suas práticas a fim de contribuir para o resgate de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das **pessoas com deficiência psicossocial**.

Deficiência psicossocial: A nova categoria de deficiência

Romeu Kazumi Sassaki

Publicado na Agenda Portadora de Eficiência. Fortaleza/CE, 2010 (SASSAKI, 2010a)

A deficiência psicossocial — também chamada “deficiência psiquiátrica” ou “deficiência por saúde mental” — foi incluída no rol de deficiências pela **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)**, adotada na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 13/12/2006. (SASSAKI, 2010a)

No Artigo 1 (Propósito), a Convenção afirma que **“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.”** (ONU, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL 2009b). Trata-se de uma afirmação e não de uma definição. Se fosse uma definição, ela estaria no Artigo 2 (Definições).

De acordo com essa afirmação:

Se uma pessoa tem impedimentos...	Ela é uma pessoa...
-----------------------------------	---------------------

... de natureza física	... com deficiência física
... de natureza mental (saúde mental)	... com deficiência psicossocial
... de natureza intelectual	... com deficiência intelectual
... de natureza sensorial (auditiva)	... com deficiência auditiva
... de natureza sensorial (visual)	... com deficiência visual

A inserção do tema “deficiência psicossocial” representa uma histórica vitória da luta de pessoas com deficiência psicossocial, familiares, amigos, usuários e trabalhadores da saúde mental, provedores de serviços de reabilitação física ou profissional, pesquisadores, ativistas do movimento de vida independente e demais pessoas em várias partes do mundo.

Convém salientar que o termo “pessoa com deficiência psicossocial” não é o mesmo que “pessoa com transtorno mental”. Trata-se, isto sim, de “pessoa com sequela de transtorno mental”, uma pessoa cujo quadro psiquiátrico já se estabilizou e não mais oferece perigo para ela ou para outras pessoas. Os transtornos mentais mais comuns são: esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, transtorno bipolar e paranóia. O dr. João Navajas já dizia em 1997: “Se houver sequelas, essas pessoas poderão se adequar às limitações sem deixar suas atividades do dia a dia, como estudar ou trabalhar” (NAVAJAS, 1997).

Em documentos a respeito da CDPD, a ONU usa o termo “deficiência psicossocial” ao comentar os impedimentos de natureza mental, ou seja, relativa à saúde mental. Um desses documentos produzidos pela ONU é o PowerPoint que explica o conteúdo da CDPD. (ONU, Secretariado da CDPD, s/d)

O documento *“The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Towards a Unified Field Theory of Disability”* — que originalmente foi uma palestra ministrada em 10/10/09 pelo prof. Gerard Quinn — é todo dedicado a traçar a trajetória de dois campos, o das deficiências e o da saúde mental, que se desenvolveram paralelamente no passado, mas que foram juntados em igualdade de condições no contexto da CDPD. Gerard Quinn é Diretor do Centro de Lei e Política da Deficiência, da Universidade Nacional da Irlanda (QUINN, 2009).

Desta forma, pela primeira vez na história dos direitos humanos, pessoas do campo da saúde mental e pessoas do campo das deficiências trabalharam em torno do mesmo objetivo — a elaboração da CDPD. Ao cabo de quatro anos, reconhecendo que a sequela de um transtorno mental constitui uma categoria de deficiência, elas a colocaram como deficiência psicossocial junto às tradicionais deficiências (física, intelectual, auditiva e visual).

Com a ratificação da CDPD por um crescente número de países-membros da ONU, estabelece-se uma ótima perspectiva para profundas mudanças nos procedimentos destes dois campos. Pois, mais de 40% dos países ainda não possuem políticas públicas para pessoas com deficiência psicossocial e mais de 30% dos países não possuem programas de saúde mental.

ALGUNS DOS GRUPOS DE APOIO

O termo “pessoa com deficiência psicossocial” é relativamente novo, quase contemporâneo do nome anterior, “pessoa com deficiência psiquiátrica”. Mas, estas pessoas já se organizavam em grupos de autoajuda na década de 50, quando eram chamadas “ex-pacientes psiquiátricos”. Na década de 80, consideravam-se “sobreviventes da saúde mental” (ou “sobreviventes da psiquiatria”) e começaram a se chamar “deficientes psiquiátricos”.

De acordo com um estudo feito nos EUA em 1958 pelo órgão federal Joint Commission on Mental Illness and Health (JCMIH), já havia naquele ano mais de 70 organizações de “ex-pacientes psiquiátricos” em 26 estados, sendo 14 na Califórnia. A organização Recovery, Inc. tinha 250 pequenos grupos em 20 estados, totalizando 4.000 membros. Inicialmente, as pessoas se reuniam interessadas em relacionamentos sociais e troca de histórias de vida (JCMIH, 1961).

As reuniões eram informais, coordenadas por uma pessoa com deficiência psicossocial ou por um consultor voluntário. O local era geralmente um hospital, clínica ou escritório de órgão público. Em 1989, 1991 e 1996, tive a oportunidade de participar dessas reuniões no grupo Families and Friends Alliance for the Mentally Ill (Aliança de Famílias e Amigos de Pessoas com Transtorno Mental), um grupo que se reunia no Centro de Saúde Mental Acadiana, em Lafayette, Louisiana, EUA.

Há várias décadas, existem no Brasil e em outros países muitos movimentos de defensores (grupos de apoio às pessoas com deficiência psicossocial) e de autodefensores (grupos de apoio das próprias pessoas com deficiência psicossocial). De um modo geral, todos eles lutam por direitos, principalmente pelo direito de fazer parte da sociedade e nela participar com igualdade de oportunidades.

Segundo Denise Rocha Nacif, “O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formado por trabalhadores do setor sanitário, associações de familiares, membros de associações de profissionais, pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas) surgiu em 1978 e passou a denunciar a violência e a ineficiência dos manicômios, que amontoavam e maltratavam os doentes, sem proporcionar-lhes reais chances de tratamento e cura. Os diversos protestos realizados pelo MTSM naquele ano são considerados o marco inicial da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (NACIF, 2010).

Hoje, as pessoas com deficiência psicossocial que lideram organizações e grupos de apoio são consideradas ativistas ou autodefensoras e lutam pelos seus direitos. Na Colômbia, o projeto “Reconhecimento da Capacidade Jurídica das Pessoas com Deficiências Intelectual e Psicossocial”, é executado pelas organizações Asdown e Fundamental Colombia, que reúnem pessoas com deficiência psicossocial (RIADIS, 2010)

Apresento a seguir alguns destes grupos de apoio:

- Clínica Anima: atende pessoas com autismo, síndrome de Down, síndrome de Rett, deficiência física, deficiência intelectual e outras condições (www.clinica.anima.com.br, email: animapsi@terra.com.br).

- Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Pessoas com Esquizofrenia (Abre): atua na promoção de informações, qualidade de vida e defesa dos direitos de pessoas com esquizofrenia e seus familiares, buscando eliminar o estigma da doença na sociedade e integrando as ações das entidades voltadas para a saúde mental. Rua Álvaro Rodrigues 182, cj.136, Brooklin, São Paulo/SP, tel. (11) 5533-1789, email: eunicecorrea1@aol.com.br.

- Projeto “Reconhecimento da Capacidade Jurídica das Pessoas com Deficiência Intelectual e Psicossocial”. Coexecutado pelas organizações colombianas: Fundamental Colombia (que reúne pessoas com deficiência psicossocial) e Asdown (<http://www.riadis.net/en-accion-15/arranca-ejecucioacuten-y-seguimiento-de-los-micro-/>).

- Families and Friends of Persons with Mental Illness (Fami): Grupo de apoio, reunindo-se mensalmente no Acadiana Mental Health Center, uma unidade do governo do Estado da Louisiana, localizada na 400 St. Julien Street, Lafayette, Louisiana 70506, EUA.

- Volunteers of America (VOA): Unidade da Grande Nova Orleans. Objetivo principal: garantir que pessoas com deficiência psicossocial e suas famílias estejam recebendo toda a gama de serviços adequados e necessários, disponíveis na comunidade, a fim de capacitar o cliente a viver em ambientes o menos restritivos possíveis na comunidade e não em instituições. Case Management Program, 400 St. Julien Street # 184, Lafayette, Louisiana 70506, EUA.

- World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR): Fundada em 1981 por Irving Blumberg. Em 1994 já havia filiais em 70 países. Ele foi pioneiro em defender o tratamento do transtorno mental como as deficiências física, visual, auditiva, intelectual e múltipla eram tratadas nos centros de reabilitação. Blumberg ajudou a organizar a primeira conferência internacional sobre reabilitação psiquiátrica, em Helsinque, Finlândia, em 1971. Blumberg faleceu em outubro de 1993 aos 86 anos, em Nova York, EUA. (IRR, 1994) A WAPR é uma organização multidisciplinar empenhada em expandir o papel dos grupos de usuários e familiares, na

esperança de influenciar a opinião mundial a respeito de pessoas com transtorno mental (ILO, 1990, p.42).

- The Friendship Club: Centro particular não-institucional e sem fins lucrativos, destinado a apoiar, gratuitamente, pessoas com deficiência psicossocial em sua capacitação para viver na comunidade. Dispõe de três atividades principais: Programa Pré-Profissional, Programa Transicional para o Emprego e Programa Social, no endereço 6028 Magazine Street, Nova Orleans, Louisiana 70118, EUA.

- World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP): Organização internacional de usuários e sobreviventes da psiquiatria, fundada em 1991; defende os direitos humanos de usuários e sobreviventes; fala mundialmente pelos usuários e sobreviventes; promove movimento de usuários e sobreviventes no mundo inteiro; e conecta mundialmente organizações de usuários e sobreviventes (<http://www.wnusp.org>).

Incluindo pessoas com deficiência psicossocial

Romeu Kazumi Sassaki

Artigo publicado na revista Reação

ano XIV, n. 78, p.10-14, jan./fev. 2011 (SASSAKI, 2011c)

e ano XIV, n. 79, p.12-19, mar./abr. 2011 (SASSAKI, 2011b)

APRESENTAÇÃO DA TERMINOLOGIA

Ao longo dos últimos 60 anos, temos entendido como sendo cinco os principais **tipos** de deficiência: a física, a visual, a auditiva, a intelectual (substituindo a deficiência mental) e a múltipla (ocorrência simultânea de duas ou mais deficiências na mesma pessoa). Porém, estas deficiências são, a rigor, **categorias** e não tipos. Os tipos são subdivisões de cada categoria.

A partir de 2006, uma nova categoria foi acrescentada àquelas cinco tradicionais. Trata-se da **deficiência psicossocial**. Em qual documento ela foi incluída? Na **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** (CDPD), adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 13/12/2006.

Afirma a Convenção (no Artigo 1 - Propósito): *“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”* (ONU, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Observem-se os termos “mental” e “intelectual” citados como duas naturezas distintas e não como sinônimos. Em outras palavras, os **impedimentos** de natureza física geram a **deficiência física**; os de natureza mental (ou seja, de saúde mental) geram a **deficiência psicossocial**; os de natureza intelectual, a **deficiência intelectual**; os de natureza sensorial (visão), a **deficiência visual**; e os de natureza sensorial (audição), a **deficiência auditiva**. Subentende-se aqui a existência dos impedimentos de natureza mista gerando a **deficiência múltipla**.

Para nós, brasileiros, a **deficiência psicossocial** passou a valer quando o Congresso Nacional ratificou, com equivalência de emenda constitucional, a citada Convenção da ONU através do Decreto Legislativo 186, de 9/7/2008 (BRASIL, 2008), e a promulgou através do Decreto 6.949, de 25/8/2009 (BRASIL, 2009b). Aos olhos do mundo, o Brasil assumiu o compromisso de cumprir todas as medidas contidas na Convenção e também no respectivo Protocolo Facultativo, quando, em 1º/8/2008, depositou na sede da ONU o documento que ratifica este tratado internacional de direitos humanos.

Atenção: Encontram-se em inúmeros sites e portais da internet versões as mais variadas da tradução desta Convenção para a língua portuguesa (brasileira e lusitana), mas todas com **um grave erro**. Nessas traduções, seus autores deliberadamente cortaram a palavra “mental” da

frase que afirma quem são as pessoas com deficiência (acima transcrita em itálico), reduzindo-a para *“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”*.

Também tenho visto em livros, artigos e palestras o uso dessa frase truncada, o que mostra que as pessoas que escreveram tais livros ou ministraram tais palestras não estavam sabendo da existência da deficiência psicossocial. Urge corrigirmos imediatamente e em larga escala este equívoco da tradução.

A única tradução correta, portanto fiel ao texto da Convenção escrito nas seis línguas da ONU, é a tradução oficial adotada em 2007 pela então Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), hoje Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Essa tradução se encontra disponível no portal do Ministério da Justiça: <http://portal.mj.gov.br/sedh/snpd/convencaopessoascomdeficienciapdf.pdf>.

A deficiência psicossocial é também chamada “deficiência psiquiátrica” ou “deficiência por saúde mental”. A inserção do tema “deficiência psicossocial” no texto da Convenção representa uma histórica vitória da luta de pessoas com deficiência psicossocial, familiares, amigos, usuários e trabalhadores da saúde mental, provedores de serviços de reabilitação física ou profissional, pesquisadores, ativistas do movimento de vida independente e demais pessoas em várias partes do mundo. Desta forma, pela primeira vez na história dos direitos humanos, pessoas do campo da saúde mental e pessoas do campo das deficiências trabalharam juntas em torno do mesmo objetivo — a elaboração da Convenção (SASSAKI, 2010a).

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL NO MUNDO

Ano de 1981. Uma nota de imprensa no início da década de 80, divulgada a propósito do Ano Internacional das Pessoas Deficientes, informava que “segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que existam 40 milhões de homens, mulheres e crianças com transtornos mentais graves e não-tratados nos países em vias de desenvolvimento” (TUCKWELL, 1981).

Ano de 2010. Em todo o mundo, mais de 400 milhões de pessoas têm algum tipo de transtorno mental, conforme a Organização Mundial de Saúde. Mais de 40% dos países ainda não possuem políticas públicas para pessoas com deficiência psicossocial e mais de 30% dos países não possuem programas de saúde mental. No Brasil, são 3 milhões de pessoas com transtornos mentais graves (esquizofrenia e transtorno bipolar), mas considerando os tipos menos severos (depressão, ansiedade e transtorno de ajustamento), cerca de 23 milhões de pessoas necessitam de algum tipo de atendimento em saúde mental. Acontece que em nosso país há somente 1.513 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (<http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=7154>) (ABP, 2010; SASSAKI, 2010a).

Neste espaço de quase 30 anos, os campos da **deficiência** (física, intelectual, visual, auditiva e múltipla) e da **saúde mental** (transtornos mentais) se desenvolveram separadamente um do outro, na maioria das vezes. Ambos adotaram o processo de reabilitação parcial ou total no atendimento de seus respectivos clientes. Mas, ao mesmo tempo, inúmeros centros de reabilitação para pessoas com deficiência receberam pacientes encaminhados por alguns hospitais psiquiátricos e/ou atenderam **pessoas com deficiência psicossocial** que se apresentaram voluntariamente ou foram trazidas por familiares. Minha experiência no atendimento a **pessoas com deficiência psicossocial** aconteceu graças a estes tipos de encaminhamento ou autoencaminhamento, como passarei a descrever sucintamente.

NO BRASIL

Em 1963, realizei estágio supervisionado na equipe multidisciplinar do Instituto de Reabilitação (Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), na condição de quartanista do curso de serviço social da Faculdade Paulista de Serviço Social. De 1964 a 1972, trabalhei como conselheiro profissional no referido Instituto. Naqueles 10 anos -

excetuando os nove meses (1966/1967) em que estudei nos EUA e Grã-Bretanha como bolsista da ONU em programas de reabilitação profissional -, a nossa equipe recebeu e reabilitou pacientes em tratamento encaminhados pelo Instituto de Psiquiatria, do mesmo hospital, e também ex-pacientes psiquiátricos, isto é, pessoas com um histórico de transtorno mental.

Nas décadas de 60, 70 e 80, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), hoje Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), já atendia, juntos, os segurados com transtorno mental e os segurados com deficiência física, visual, auditiva ou demais condições incapacitantes. Por exemplo, um trabalho publicado em março de 1974 – supervisionado pela Coordenação de Reabilitação Profissional e pesquisado pelos Serviços de Pesquisa do Mercado de Trabalho dos Centros de Reabilitação do INPS (MAYER, 1974) – traz o seguinte quadro dos segurados que estavam trabalhando nas empresas em 1973 (com grifos meus):

Especificação das deficiências	Quant.	%
Deficiências do sistema músculo-esquelético (membros superiores, membros inferiores, amputações, traumatismos, anquiloses etc.)	283	37,0
Deficiência psiquiátrica	10	1,3
Deficiência neurológica	10	1,3
Deficiência sensorial (visual e auditiva)	15	1,9
Doenças cardíacas/circulatórias vasculares	6	0,8
Doenças pulmonares/respiratórias	2	0,3
Doenças somáticas	4	0,5
Doenças glandulares	-	-
Casos sem registro	1	0,1
TOTAL	331	43,2

Obs.: Estes 331 segurados são do Grupo I (reabilitados que se encontram trabalhando). O Grupo II compreende os reabilitados que retornaram ao benefício (45 = 5,8%) e o Grupo III, os reabilitados que não foram localizados (391 = 51%).

No campo da saúde mental, o Brasil começou o século 20 com a edição da Lei 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com **transtornos mentais** e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Transcrevo os dois primeiros artigos (BRASIL, 2001):

“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.”

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada em Brasília/DF, dias 27 de junho e 1º de julho de 2010, teve como tema central “Saúde mental: Direito e compromisso de todos – Consolidar avanços e enfrentar desafios”. Entre os materiais de apoio para os participantes, foi disponibilizado um documento, cujo item 5 se intitulou **Pessoas com deficiência**

e tratou exatamente das peças com deficiência psicossocial citadas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BENVINDO, 2010).

NOS EUA

Em 1966, nos EUA, estagiei em 41 organizações relacionadas à reabilitação profissional, das quais 2 atendiam exclusivamente peças com transtorno mental e 17 atendiam clientes com uma variedade de condições (**transtorno mental**, deficiências, envelhecimento, câncer, tuberculose, doenças cardíacas etc.).

Em dezembro de 1965, o então Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar, ao qual se subordinavam os programas federais de reabilitação profissional, divulgou o seguinte quadro de peças com deficiência (GORHAM, 1965), no qual se percebe considerável porcentagem de transtorno mental (com grifos meus):

Deficiências de peças reabilitadas - Ano Fiscal 1965	%
Deficiências ortopédicas ou lesões, amputações (ausência de membro ou membros)	34,0
Transtorno mental	13,6
Deficiência intelectual	7,6
Cegueira	4,0
Baixa visão	5,6
Surdez	1,9
Baixa audição	5,3
Doenças cardíacas	4,1
Tuberculose	3,2
Todas as outras condições incapacitantes	18,6
TOTAL	100,0

Notável foi o aumento registrado na porcentagem de peças reabilitadas nos anos fiscais de 1964 para 1965 (GORHAM, 1965), com grifos meus:

Deficiências	1964	1965
Transtorno mental	3,3 %	13,6 %
Deficiência intelectual	1,0 %	7,6 %
Doença cardíaca	4,2 %	4,2 %
Cegueira	5,9 %	4,0 %
Epilepsia	1,9 %	2,1 %
Surdez	1,5 %	1,9%

Ainda no ano fiscal 1965, **de cada 100 peças reabilitadas** pelos programas federais de reabilitação profissional, os indicadores apontaram os seguintes números: 34 tinham uma amputação ou outro tipo de deficiência física; **14 apresentavam transtorno mental**; 10 eram cegas ou com baixa visão; 7 eram surdas ou com baixa audição; 8 tinham deficiência intelectual; 4 apresentavam doença cardíaca; e 23 representavam todas as outras doenças (GORHAM, 1965).

Em 1º/12/1992, o então recém-eleito presidente dos EUA, Bill Clinton, participou da 2ª Conferência de Cúpula sobre Emprego, realizada no Senado, e se comprometeu formalmente a apoiar o cumprimento da Lei dos Americanos com Deficiência. Clinton e mais de 200 líderes empresariais, governamentais e do segmento das peças com deficiência assinaram esse compromisso. Um dos muitos depoimentos que constam do documento é o de Ron Thompson, da **Associação Nacional dos Sobreviventes Psiquiátricos**, que assim se expressou: “A Conferência de Cúpula realizou uma grande tarefa ao discutir os direitos civis de todas as peças com deficiência e lidar imparcialmente com os interesses de empresários, trabalhadores e todos os cidadãos americanos. Como representante do segmento das **peças com transtorno mental**, procurarei utilizar plenamente a Lei dos Americanos com Deficiência a fim de mudar atitudes e práticas que nos impedem de exercer os mesmos direitos e responsabilidade como os demais cidadãos. Temos um longo caminho a percorrer. Cerca de 85% das peças que são percebidas como tendo, ou como tendo tido, **deficiência psiquiátrica** estão desempregados, excluídos de moradias e submetidos ao confinamento e/ou tratamento compulsórios e ‘ajuda’ coercitiva.” (PCEPD, 1992).

O órgão **Proteção e Defensoria para Pessoas com Transtorno Mental**, do Instituto Nacional de Saúde Mental, da Administração sobre Álcool, Abuso de Drogas e Saúde Mental, do Departamento Federal de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, foi estabelecido pela Lei de Proteção e Defensoria de Pessoas com Transtorno Mental, de 1986 (reautorizado com emendas em 1988 e 1991). Destina-se a proteger os direitos das **pessoas com transtorno mental** em estabelecimentos públicos e privados para tratamento residencial (abrigo para os sem-teto e cadeias). Oferece assistência técnica, informações e encaminhamentos baseados na **Lei dos Americanos com Deficiência** (mais conhecida como ADA) e outras leis sobre deficiência e saúde mental. Provê aconselhamento legal e serviços de litígio para **pessoas com transtorno mental** que não consigam obter adequados serviços judiciais (EEOP, 1992).

A **Lei dos Americanos com Deficiência**, aprovada através da Lei Pública 101-336, em 26/7/1990, define que o termo “deficiência” em relação a uma pessoa significa: (a) Um impedimento físico ou mental que limita substancialmente uma ou mais das principais atividades vitais de tal pessoa; (b) um registro de tal impedimento; ou (c) ser percebida como tendo tal impedimento. Interpretando esta definição, temos: Letra “a” - as principais atividades vitais são ver, ouvir, falar, andar, respirar, desempenhar tarefas manuais, aprender, cuidar de si mesma, e trabalhar. Estão cobertas pela lei as pessoas com epilepsia, paralisias, significativo impedimento visual ou auditivo, deficiência intelectual ou deficiência de aprendizagem. Não estão cobertas as pessoas que tenham condição não-crônica, não-significativa, de curta duração, tais como uma distensão, infecção, membro quebrado (braço, mão, perna, pé). Letra “b” - está incluída uma pessoa com histórico de câncer que esteja atualmente em fase de diminuição ou uma pessoa com histórico de transtorno mental. Letra “c” – estão protegidas as pessoas percebidas e tratadas como se tivessem uma deficiência significativamente limitante, mesmo que elas não possuam tal impedimento. Por exemplo, uma pessoa com o rosto severamente desfigurado, porém qualificada para o trabalho e a quem lhe foi negado um emprego porque o eventual empregador temia uma ‘reação negativa’ de seus empregados (THORNBURGH, 1991).

NA GRÃ-BRETANHA

Em 1967, na Grã-Bretanha, fiz estágio em 91 organizações, das quais 16 eram destinadas à reabilitação profissional de pessoas com transtorno mental, exclusivamente, e 41 atendiam clientes com uma variedade de condições (**transtorno mental**, deficiências, envelhecimento, câncer, tuberculose, doenças cardíacas etc.).

NAS AMÉRICAS E NA EUROPA

Em palestra realizada em São Paulo/SP, em 18/4/1973, sobre o tema “Reabilitação do doente mental”, o psiquiatra americano Martin Gittelman observou que, até a década de 60, a reabilitação nos EUA e outros países das três Américas tinha sido entendida como um processo que atuava após o diagnóstico (primeira fase da medicina) e o tratamento (segunda fase) – como se fosse uma **prevenção terciária** (a famosa “terceira fase da medicina”, como ficou conhecida a reabilitação) a fim de reduzir a deficiência resultante do transtorno mental. Já na década de 70, após avaliar as tendências da oferta de serviços de saúde mental em sete países europeus, Gittelman concluiu que na Europa a reabilitação já era considerada um processo de **prevenção secundária**. Em outras palavras, a reabilitação ocorria junto com o tratamento. Na palestra citada acima, ele defendeu seu ponto de vista de que a reabilitação psiquiátrica precisaria ser vista como **prevenção primária**, ou seja, de que os serviços de reabilitação deveriam fazer o máximo para prevenir a cronicidade dos transtornos mentais, particularmente a deterioração da esquizofrenia (GITTELMAN, 2003).

DOIS CAMPOS: SAÚDE MENTAL E DEFICIÊNCIAS

Por influência do Decreto Legislativo 186/2008 e do Decreto 6.949/2009, o primeiro ratificando e o segundo promulgando a **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** (ONU, 2006), a **política da saúde mental** e a **política da área das deficiências** se

encontraram nos debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, realizada em 2010 em Brasília/DF.

O encontro aconteceu entre os dias 27 de junho e 1º de julho. A cartilha, então distribuída sob o título *Saúde Mental e Direitos Humanos: Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*, trouxe o seguinte texto, entre outros (com grifos meus):

“5. Pessoa com deficiência:”

“A **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, da ONU, primeiro tratado internacional de Direitos Humanos considerado no Brasil com equivalência à emenda constitucional, trata de diversos temas em seus 30 artigos, que instituem a **dignidade das pessoas com deficiência e das pessoas com transtornos mentais**.” (BRASIL, 2010b, p.12)

“O primeiro artigo da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU** enfatiza que **deficiência é um conceito em evolução e [que tanto o impedimento intelectual como o **impedimento mental** (este entendido como **transtorno mental**)] requer uma série de apoios e mudanças culturais que façam com que este público seja contemplado com políticas que promovam e garantam seus direitos, sobretudo o **direito à escolha**, ainda que haja a necessidade de apoios especiais.**” (BRASIL, 2010b, p.13)

“Pautar a deficiência na perspectiva dos Direitos Humanos na IV Conferência Nacional de Saúde Mental é fortalecer a construção de **uma sociedade mais inclusiva e justa para todos: estamos tratando de dois grupos vulneráveis, que foram vistos historicamente pelo senso comum com uma carga de estigmas que os colocavam como pessoas à parte da sociedade.**” (BRASIL, 2010b, p.13)

“Neste contexto, entende-se fundamental que a IV Conferência Nacional discuta (...) **incluir** – na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que engloba reabilitação e demais itens relacionados à concessão de tecnologias assistivas – **as pessoas com transtornos mentais.**” (BRASIL, 2010b, p.14)

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

Pessoas mais seriamente acometidas pelo **transtorno mental** conseguem, já na condição de **pessoas com deficiência psicossocial**, trabalhar em empregos competitivos quando colocadas através de uma tecnologia social chamada **emprego apoiado** (BETTI, 2011; SASSAKI, 2010b). Joe Marrone e Martine Gold pesquisaram e publicaram um extenso artigo sobre este assunto, onde explicam os conceitos, a filosofia, a mitologia e a metodologia do emprego apoiado, metodologia essa aplicada com sucesso a **pessoas com deficiência psicossocial** (MARRONE & GOLD, 1994). Este sucesso representa um enorme avanço do campo da qualificação e colocação profissionais de pessoas com este tipo de deficiência, em comparação com as práticas em voga na década de 60.

Por exemplo, em 1967 - quando estagiei em Surrey, Middlesex e Midlothian (três filiais da Industrial Rehabilitation Unit), em Londres (Camberwell Day Centre, Pages Walk Day Centre e Castle Day Rehabilitation Centre), em Devon (Nichols Mental Health Centre) e em Gloucester (Glenside Hospital e Industrial Therapy Organization), entre outras entidades similares espalhadas pela Grã-Bretanha - tive a oportunidade de acompanhar o dia a dia das pessoas com deficiência psicossocial que estavam sendo preparadas para o (e colocadas no) mercado de trabalho. Estudei, então, o relatório intitulado *Industrial Rehabilitation of the Psychiatrically Disabled*, que abordava exclusivamente a realidade das Industrial Rehabilitation Units (IRUs) e que o Ministério do Trabalho e o da Saúde, conjuntamente, prepararam em novembro de 1965 com dados de 1963 e publicaram em junho de 1966.

A tabela abaixo, por mim traduzida e adaptada, reflete o baixo índice de sucesso a que me refiro no parágrafo anterior. Observa-se, na tabela, que o índice de sucesso mais baixo foi alcançado por clientes com psicose (44,6%) e o mais alto foi atingido pelos demais grupos de deficiência (55,5%), resultando em apenas 53,2% a média final de sucesso ou, inversamente, em 46,8% a média final de fracasso (porque abandonaram o curso de qualificação profissional ou não conseguiram emprego, mesmo depois de qualificados).

Tipos de deficiência (misturados com	Total de clientes	Número de clientes colocados ou em qualificação (juntos)
--------------------------------------	-------------------	--

doenças causadoras de deficiência)	atendidos nas IRUs	Absoluto	Relativo
Psiconeurose	716	370	51,7%
Psicose	457	204	44,6%
Epilepsia	280	149	52,1%
Outras doenças nervosas	444	200	45,0%
Deficiência intelectual *	152	76	50,0%
Demais grupos de deficiência **	4.060	2.253	55,5%
TOTAL	6.109	3.252	53,2%

Nota:

* Neste grupo estavam clientes cuja deficiência principal era a deficiência intelectual.

** Nestes grupos, a principal deficiência era física, auditiva ou visual, mas associada a um transtorno mental.

Observa-se que o índice de sucesso mais baixo foi alcançado por clientes com psicose (44,6%) e o mais alto foi atingido pelos demais grupos de deficiência (55,5%), resultando em apenas 53,2% a média final de sucesso ou, inversamente, em 46,8% a média final de fracasso (porque abandonaram o curso de qualificação profissional ou não conseguiram emprego, mesmo depois de qualificados).

PROTAGONISMO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL

O extenso Caderno Informativo, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, enfatiza numerosos questionamentos sobre a importância da participação social de **peças com deficiência psicossocial** mediante sua **representação** nos conselhos de saúde e nas comissões especiais. Selecionei alguns dos questionamentos bem semelhantes àqueles feitos nos **tradicionais** movimentos de luta das **peças com deficiência** (com grifos meus):

- “A efetivação [dessa representação] ocorre através de um processo de luta e conquista. Como garantir o envolvimento, mobilização, compromisso e responsabilidade entre gestores e organizações profissionais, movimentos populares e do campo da reforma psiquiátrica, como o movimento antimanicomial, **organizações de usuários/familiares** etc., para ampliar a participação e o controle social?” (BRASIL, 2010a, p. 16)
- “É fundamental destacar o **papel protagonista dos usuários, familiares e movimentos sociais**. Estes atores têm sido fundamentais para a construção da identidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da luta por uma sociedade sem manicômios e para a conquista do direito das **peças com transtornos mentais à cidadania**.” (BRASIL, 2010a, p. 21)
- “São muitas as dificuldades para que estes atores assumam seu **papel protagonista**. A falta de acesso às informações e a necessidade de capacitação para o exercício da participação na política de saúde mental e na construção de estratégias de cuidado são fatores essenciais que ainda afastam **os usuários e familiares** do processo de construção das políticas sociais e de saúde.” (BRASIL, 2010a, p.21)
- “A mudança deste estado de coisas não é espontânea. Nossas práticas precisam ser questionadas constantemente em sua intencionalidade clínica e política para que possam caminhar na direção da **emancipação** e não da manutenção de um ‘paciente’, ‘doente mental’, incapaz ou crônico, sob a **tutela** seja dos familiares, seja dos profissionais nos serviços de saúde mental. Para a construção desta perspectiva, já temos disponíveis, sistematizadas e devidamente divulgadas no País, uma série de relatos de experiências concretas bem sucedidas, bem como de estratégias de **empoderamento** e de **estímulo à participação social**, para serem apropriadas pelos trabalhadores, gestores e movimentos sociais no campo da saúde mental.” (BRASIL, 2010a, p.21)
- “**Autogestão e cogestão** de iniciativas pelos **próprios usuários e familiares**. Há estímulo para iniciativas, eventos e **grupos de ajuda mútua** (troca de experiência e apoio afetivo) e de **suporte mútuo** (lazer, cultura, sociabilidade, esporte, trabalho, renda etc.), geridas prioritariamente pelos próprios usuários e familiares? Ou o cuidado é entendido apenas como algo provido pelos profissionais e serviços? Há incentivos para a **formação de associações de usuários e familiares**, organização comunitária, mudança cultural, **defesa de direitos e militância social e política**?” (BRASIL, 2010a, p. 23)

MOVIMENTOS DE PcD FACE À DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL

Nestes primeiros anos de vigência da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, durante os quais os movimentos das pessoas com deficiência começaram a conviver com o acréscimo da **deficiência psicossocial** junto às tradicionais categorias de deficiência (visual, auditiva, física, intelectual e múltipla), somos desafiados a reexaminar nossos conhecimentos, convicções e dúvidas em torno das seguintes questões:

[a] Necessidade de **conscientização e sensibilização** junto a **pessoas com deficiência psicossocial**. Intercâmbio de informações (publicações, comunicações em listas de e-mails, arquivos na internet etc.) sobre a realidade das situações pelas quais passam as pessoas com deficiência psicossocial e as pessoas com demais categorias de deficiência.

[b] Necessidade de **aprendizado prático** sobre as necessidades e possibilidades de pessoas com deficiência psicossocial. Participação em eventos que tratem dos temas “saúde mental”, “reabilitação psiquiátrica”, “deficiência psicossocial” (ou psiquiátrica, psíquica, da saúde mental etc.). Convite às pessoas com deficiência psicossocial para participarem de eventos do movimento das pessoas com deficiência em geral.

[c] Disseminação e utilização de **terminologias corretas** relativas a **pessoas com deficiência psicossocial**. Intercâmbio de textos de terminologia sobre pessoas com deficiência (psicossocial, intelectual, física, visual, auditiva e múltipla).

[e] Adequação da **legislação** (sobre **as pessoas com deficiência psicossocial e outras categorias de deficiência**) ao estabelecido na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Estudos conjuntos dos dois campos para realizar essa adequação.

[f] Adequação das **políticas sociais** (sobre **as pessoas com deficiência psicossocial e outras categorias de deficiência**) ao estabelecido na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Estudos conjuntos dos dois campos para realizar essa adequação e lutar pela aprovação de **políticas públicas inclusivas**.

CURIOSIDADES

No período de 185 anos (1789-1974), quase a metade dos presidentes americanos teve pelo menos um **transtorno mental**, segundo levantamento do Centro Médico da Universidade Duke. Desses presidentes, mais da metade teria lutado com seus sintomas ainda no cargo. Jonathan Davidson, autor do estudo, diz (com grifos meus): “*O que é animador sobre isso é que é evidência de que pessoas podem ter **depressão** e outros **transtornos mentais** e ainda servir num nível presidencial.*” (FSP, 2006)

Machado de Assis (com grifos meus), “*o maior dos escritores brasileiros do século 19 foi o primeiro a descrever um estranho **distúrbio psiquiátrico**, a ‘folie a deux’ (em francês, algo como ‘loucura a dois’). Na ficção, claro. O caso foi descrito por Daniel Martins de Barros e Geraldo Busatto Filho, ambos psiquiatras da USP, na revista médica britânica ‘British Journal of Psychiatry’.* (...) Machado de Assis publicara o conto ‘O Anjo Rafael’. Como o nome da história sugere, um dos personagens acreditava ser o anjo em questão. (...) ‘A narrativa de Assis combina todos os elementos que depois seriam descritos por Lasegue e Falret [descobridores ‘científicos’ da ‘folie a deux’]. Ele vai além e descreve o efeito terapêutico de separar os indivíduos’, escrevem os psiquiatras da USP.” (LOPES, 2011)

DOCUMENTOS NACIONAIS SOBRE TRANSTORNO MENTAL

Dentre os textos do Brasil, destacam-se três específicos e três gerais.

Específicos:

- Proteção das Pessoas com Transtorno Mental. (BRASIL. 2001b)
- Transtornos Globais do Desenvolvimento [Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial]. (BRASIL. 2009a)

- Metas para a Década das Pessoas com Deficiência – Área do Autismo. Anais do Congresso Brasileiro de Autismo, da Associação Brasileira de Autismo. (ABA, 2006)

Gerais (nos quais está implícita a inserção da pessoa com deficiência psicossocial):

- Ratificação com equivalência de emenda constitucional da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, através do Decreto Legislativo 186, 9/7/08. (BRASIL, 2008)
- Promulgação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, através do Decreto 6.949, 25/8/09. (BRASIL, 2009b)
- Promulgação da Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência [Convenção da Guatemala], através do Decreto 3.956, 8/10/01. (BRASIL, 2001)

DOCUMENTOS INTERNACIONAIS SOBRE TRANSTORNO MENTAL

Determinados instrumentos internacionais de direitos humanos, específicos da saúde mental e da área das pessoas com deficiência, não são considerados **convenções obrigatórias** e sim **resoluções não-compulsórias**. Mesmo nestes casos, os países-membros “se encontram sob obrigação, nos termos da legislação internacional de direitos humanos, de garantir que suas políticas e práticas se conformem aos tratados internacionais obrigatórios de direitos humanos – e isto inclui a proteção de **pessoas com transtorno mental**.” (OMS, 2005)

A seguir, algumas dessas convenções e resoluções:

- Princípios para a proteção das pessoas com transtorno mental e para a melhoria dos cuidados de saúde mental (ONU, 1991). Nota: Este documento foi rejeitado pela World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Rede Mundial de Usuários Sobreviventes da Psiquiatria), através do documento “Statements of WNUSP” (WNUSP, s/d).
- Convenção sobre os Direitos da Criança. (ONU, 1989)
- Convenção contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante. (ONU, 1984)
- Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência. (OEA, 1999)
- Declaração de Caracas. (OPAS/OMS, 1990)
- Declaração de Madri. (Associação Psiquiátrica Mundial, 1996 e 2002)
- Declaração de Kampala. (WNUSP, 2009)
- Legislação de Atenção à Saúde Mental. (OMS, 1996)
- Declaração das Américas pelos Direitos e pela Dignidade das Pessoas com Deficiência - 2006/2016. (OEA, 2006)

Aproximadamente 15 anos antes da adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Assembleia Geral da ONU aprovou o documento **Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental** (ONU, 1991). Para fundamentar estes princípios, a ONU levou em consideração outros documentos, entre os quais a **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**, cujo artigo 1 diz: “*O termo ‘pessoa deficiente’ significa qualquer pessoa incapacitada para assegurar para si, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, como resultado de uma deficiência, seja congênita ou não, em suas capacidades físicas ou intelectuais*” (ONU, 1975).

No citado documento **Princípios**, o termo genérico “**pessoas com transtorno mental**” inclui também as **pessoas com sequelas de transtorno mental** (Princípio 4. ONU, 1991), ou seja, **pessoas que não mais apresentam dano sério para a própria saúde ou para a segurança de outras pessoas** (ONU, 1991, in Princípios 18 e 19), ou ainda **ex-pacientes psiquiátricos** (ONU, 1991, in Princípio 21). Todas estas pessoas são agora chamadas **pessoas com deficiência psicossocial**.

Cobrança indevida praticada por escola particular contra aluno com deficiência psicossocial

Romeu Kazumi Sasaki
São Paulo, 26 de março de 2012

Ocorreu recentemente no município de Itabira/MG um caso que merece ser divulgado. O caso consiste de dois fatos: (1) Uma escola particular de ensino fundamental cobrou dos pais de um aluno com transtorno global do desenvolvimento um valor (além da mensalidade que todos os alunos pagam) por conta da “prestação de serviços educacionais especiais” de que este aluno necessita. Este tipo de cobrança vem ocorrendo com certa frequência em diversas escolas particulares pelo País. (2) Numa decisão proferida em comarca do interior de Minas Gerais, mas que está fadada a repercussão nacional, o juiz da Vara da Infância e Juventude de Itabira/MG, o dr. Pedro Câmara Raposo Lopes, concedeu em 21/3/2012 uma liminar para que esta criança com transtorno global do desenvolvimento frequente as aulas sem necessidade de pagamento de valores adicionais. Este tipo de decisão é o primeiro de que se tem notícia. É uma ótima notícia. Fonte: http://www.espacovital.com.br/noticia_1er.php?id=26823.

Eis como aconteceu (com grifos meus):

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG) - na pessoa da Promotora de Justiça, a dra. Nidiane Andrade - impetrou mandado de segurança contra o ato praticado pelo Superintendente da Fundação Itabirana Difusora de Ensino (Fide) e pelo Presidente da Fide, que acumula o cargo de Presidente do Conselho Diretor da Fide.

O aluno GSFS, hoje com sete anos de idade, estuda na Fundação Itabirana Difusora de Ensino desde 2008 e, a partir do final de 2009, a entidade passou a lhe cobrar, para além da mensalidade que é devida por todo o alunado, uma sobretaxa a título de prestação dos serviços educacionais especiais de que necessita. Além disso, a partir de 2012, a instituição passou a exigir o custeio integral para a contratação de monitora que o atenda diretamente, auxiliando-o na alimentação, higiene e outras atividades rotineiras.

Visando garantir a continuidade da prestação dos serviços educacionais, os pais deste aluno se submeteram à assinatura de Contrato Aditivo de Ajuste Econômico Pedagógico, através do qual se comprometeram a pagar a quantia de R\$ 7.635,87, divididos em 12 parcelas. Por eles não poderem cumprir tal compromisso devido às suas condições financeiras, ficou inviabilizada a permanência da criança na escola.

O MPMG pediu a concessão de liminar que assegure à criança GSFS atendimento educacional por meio de professor monitor, ou outro profissional capacitado, em todos os dias da semana na sala de aula regular, bem assim atendimento com professor habilitado em atendimento educacional especializado no contraturno, independentemente de quaisquer acréscimos em sua mensalidade, sobretudo aqueles decorrentes do Contrato Aditivo de Ajuste Econômico-Pedagógico.

De imediato, o juiz da Vara da Infância e Juventude de Itabira/MG, o dr. Pedro Câmara Raposo Lopes, concedeu em 23/3/2012 essa liminar (Decisão, Processo nº 0317.12.002438-3).

Na liminar, ele citou e comentou uma lista de leis que protegem as pessoas com deficiência, instando a adoção de políticas inclusivas que as integrem de forma plena na vida comunitária. Eis as leis:

- Constituição Federal, art. 209, inc. I (o ensino é livre à iniciativa privada, atendida a condição de cumprimento das normas gerais da educação nacional).
- Lei n. 7.853/1989 (matrícula compulsória de alunos com deficiência em cursos regulares de estabelecimentos particulares).

- Lei n. 8.069/1990, arts. 54, inciso III, 66, 87, inciso VII, 112, §3º, 208, inciso II (Estatuto da Criança e do Adolescente).
- Lei n. 9.394, de 1996, (Educação Especial como modalidade de educação escolar voltada para pessoas com deficiência – LDBEN).
- Decreto n. 3.298/1999 (escolas devem oferecer serviços de apoio especializado).

Este caso é um exemplo a ser seguido em todo o Brasil. A legislação em vigor foi suficiente para fundamentar a decisão do juiz e do MPEMG.

Nós também poderemos utilizar essa mesma legislação, acrescentando, porém, o Decreto Legislativo n. 186, de 2008, e o Decreto Presidencial n. 6.469, de 2009, que tratam da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** (já incorporada à Constituição Federal por esses dois decretos).

Eis os artigos e parágrafos da Convenção que se aplicam perfeitamente em casos como este do aluno GSFS (com grifos meus):

- Preâmbulo: “j” - Reconhecendo a necessidade de promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência, inclusive daquelas que requerem maior apoio.
- Artigo 5 - Igualdade e não-discriminação: (2). Os Estados Partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo. (3). A fim de promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida.
- Artigo 7 - Crianças com deficiência: Os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com as demais crianças. Em todas as ações relativas às crianças com deficiência, o superior interesse da criança receberá consideração primordial.
- Artigo 19/caput-b: As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio (...) inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio (...).
- Artigo 24 – Educação: 2. Para a realização desse direito, os Estados Partes assegurarão que: (a). As crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino primário gratuito e compulsório ou do ensino secundário, sob alegação de deficiência; (c). Adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais sejam providenciadas; (d). As pessoas com deficiência recebam o apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação; (e). Medidas de apoio individualizadas e efetivas sejam adotadas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena.

Além de aplicar a Convenção da ONU, é imprescindível preenchermos e executarmos o **Plano Individualizado de Educação** (PIE) para cada aluno - com ou sem deficiência - que necessite receber esta abordagem individualizada (SASSAKI, 2011a; SASSAKI, 2004; FREIRE, 2002). Como as necessidades especiais variam de acordo com as diferenças individuais de cada criança, o PIE se fundamenta no pressuposto de que não há dois alunos iguais. Entre outros aspectos, o PIE deverá informar necessidades, metas, recursos humanos, recursos materiais, **inteligências múltiplas, estilos de aprendizagem**. (SASSAKI, 2011a)

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA MUNDIAL. *Declaração de Madri*. Aprovada em 25/8/1996 e emendada em 2002.
- BENVINDO, Aldo Zaiden. *Saúde mental e direitos humanos: Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: SDH/PR, 2010.
- BETTI, Alexandre Prado. *Emprego apoiado*. São Paulo: Edição do Autor, 2011, p.19-20 e 26.
- BRASIL. *Caderno informativo*. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.
- _____. *Resolução MEC 4, 2/10/09*, que dispõe sobre transtornos globais do desenvolvimento. In: Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, 2009a.
- _____. *Decreto 6.949, 25/8/09*, que promulga a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2009b.
- _____. *Decreto Legislativo 186, 9/7/08*, que ratifica, com equivalência de emenda constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.
- _____. *Decreto 3.956, 8/10/01*, que promulga a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência [Convenção da Guatemala]. Brasília: 2001a.
- _____. *Lei nº 10.216, de 6/4/01*, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: 2001b.
- CANADÁ. Ministério da Saúde e Bem-Estar Social. “Confusão com doença mental”. *Lente*, v. III, n. 10, out./dez. 1959, p.23-24.
- COBB, Henry & MITTLER, Peter. *Diferenças significativas entre deficiência mental e doença mental*. [Documento aprovado pela Liga Internacional de Sociedades Pró-Deficientes Mentais (atual *Inclusion International*). Traduzido pela Apae-SP]. 1980, p.1-12.
- CRUZ, Deusina Lopes da. “*O autismo, as condutas especiais autistas, a restrição na participação social*”. In: CRUZ, D.L. Um autista muito especial. Porto Alegre: Mediação, 2008.
- DITTMANN, Laura. “Retarded isn’t mentally ill”. In: *The mentally retarded at home: A manual for parents*. Washington, DC: US-DHEW, 1959, p.5-6.
- EEOP. *A technical assistance manual on the employment provisions of the Americans with Disabilities Act: Resource directory*. Washington, DC: Equal Employment Opportunity Commission, 1992, p.32.
- FREEMAN, Roger. Mental health and mental retardation quackery. *Rehabilitation Literature*, v. 30, n. 4, abril 1969, p.103-106.
- FREIRE, Lucia Helena Vasconcelos. *Formando professores [Elaboração de uma programação psicopedagógica adequada]*. In: CAMARGOS JR, Walter et al. Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio. Brasília: Corde/Ames/Abra, 2002, p.138-144.
- FSP. Dor sem remédio [massacre em Realengo]. Folha de S.Paulo/Cotidiano, p.1-5, 9/4/2011.
- _____. Estados Unidos: Metade dos presidentes teve doença mental. *Folha de S.Paulo*, 16/2/2006.
- GITTELMAN, Martin. *Rehabilitation of the mentally ill*. In: Anais do XIV Congresso Interamericano de Psicologia (p.724), realizado em São Paulo/SP, de 14 a 19 de abril de 1973.
- GOMES, Marcelo. s/d, p.7. “*O que é deficiência mental e o que se pode fazer?*”. Folheto da Apae-SP, s/d. Site: www.apaes.org.br.
- GORHAM, William. *Vocational rehabilitation of the disabled: The public program*. In: Health, Education, and Welfare Indicators. Office of the Assistant Secretary for Program Coordination. Washington, DC: DHEW, 1965.
- ILO. *Social reintegration of persons having suffered mental illness*. Genebra: International Labour Organisation, 1990.
- IRR. *International Rehabilitation Review*. Nova York: IRR, fevereiro 1994, v. XLIV, n. 3, p.2.
- JCMIH. Joint Commission on Mental Illness and Health. Action for Mental Health, p.186-187, 1961.
- LOPES, Reinaldo José. Machado de Assis ‘descobre’ doença psiquiátrica em conto. *Folha de S.Paulo*, 15/3/2011.
- MAIA, Lucimara. *Definições atuais: autismo e transtornos mentais*. Disponível em http://lucimaramaia.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=8, s/d.
- MALIN, A.J. Some misconceptions regarding mentally retarded children. *Journal of Rehabilitation in Asia*, v. V, n. 2, abril 1964, p.20-21.
- MARRONE, Joe; GOLD, Martine. Supported employment for people with mental illness: myths and facts. *Journal of Rehabilitation*, v. 60, n. 4, out./dez. 1994, p.38-47.
- MAYER, Carlos Alberto Lopes. *Fixação no emprego e ajustamento ao trabalho*. Série Reabilitação Profissional. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Previdência Social/MTPS, março 1974.
- MEC. *Documento subsidiário à política de inclusão*. Brasília: Secretaria de Educação Especial, 2005.
- MENDES, Enicéia Gonçalves. Deficiência mental: Um rótulo à procura de significado. *Vivência*, n.18, 2º sem. 1996, p.17.
- NACIF, Denise Rocha. “A conjuntura da doença mental”, in: NACIF, D.R. *Trabalhando com saúde mental: Experiência da Clínica Anima*. Belo Horizonte: Escritório de Histórias, 2010, p.43-47.
- NAVAJAS, João Loureiro Chinaglia. [Em entrevista para a matéria “Os sete tabus”]. *Mind* (revista da Comunidade Terapêutica Dr. Bezerra de Menezes), ano II, n. 11, p.4-9, maio/junho 1997.
- OEA. *Declaração das Américas pelos Direitos e pela Dignidade das Pessoas com Deficiência - 2006/2016*. Resolução AG/DEC.50- XXXVI-O/06, 17/5/2006.

- _____. Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência (Convenção da Guatemala), 28/5/1999.
- OMS. *Livro de recursos da Organização Mundial de Saúde sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar, sim; excluir, não*. Genebra: OMS, 2005, p.11.
- _____. *The role of international human rights in national mental health legislation*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.
- _____. *Legislação de Atenção à Saúde Mental*. 1996.
- ONU. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Resolução A/61/611, 13/12/06. Nova York: 2006.
- _____. *Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental*. Resolução 46/119, 17/12/91. Nova York: ONU, 1991.
- _____. “*Construção de uma sociedade para todos*”. Resolução 45/91, 14/12/90, da Assembleia Geral das Nações Unidas.
- _____. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Resolução 44/25, 20/11/1989.
- _____. *Convenção contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante*: 1984.
- _____. *Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes*. Resolução 33447/XXX, 9/12/75. Nova York: 1975.
- _____. Secretariado da CDPD: www.un.org/disabilities, s/d.
- OPAS/OMS. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, 14/11/1990.
- PASCUETO, Cinthia. “Autismo: inserção social é possível?”, *Jornal da UFRJ*, ed. n.200, 24/4/2003.
- PCEPD. *ADA Summit*. Washington, DC: President’s Committee on Employment of People with Disabilities, 1º/12/1992.
- QUINN, Gerard. *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: towards a unified field theory of disability*. Indian Law Society, G.V. Pandit Memorial Oration, Pune, India, 10/10/2009.
- RIADIS. Arranca ejecución y seguimiento de los micro-proyectos en Colombia, El Salvador y Guatemala. *Riadis en Acción*, n.15, março 2010. <http://www.riadis.net/en-accion-15/arranca-ejecucion-y-seguimiento-de-los-micro-/>.
- SASSAKI, Romeu Kazumi. *Teoria das múltiplas inteligências na educação inclusiva* [Apostila do VI Seminário de Educação Inclusiva: Direito à Diversidade]. Cruzeiro do Sul/AC: Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2012.
- _____. Educação inclusiva: barreiras e soluções. *Revista Incluir*, São Paulo, n.12, p.53, jul./ago. 2011a.
- _____. Incluindo pessoas com deficiência psicossocial. Parte 2. *Revista Reação*, ano XIV, n. 79, p.12-19, mar./abr. 2011b.
- _____. Incluindo pessoas com deficiência psicossocial. Parte 1. *Revista Reação*, ano XIV, n. 78, p.10-14, jan./fev. 2011c.
- _____. *Deficiência psicossocial: A nova categoria de deficiência*. Fortaleza: Agenda 2011 do Portador de Eficiência, 2010a.
- _____. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA, p.79-83, 2010b.
- _____. Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? Atualizações semânticas na inclusão de pessoas. *Revista Reação*, São Paulo, ano IX, n. 43, mar./abr. 2005, p.9-10, e *Jornal do Sinepe-RJ* (Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Ensino no Estado do Rio de Janeiro), Niterói, ano XIV, n. 88, jul./set. 2005, p.10-11.
- _____. *Guia para o Plano Individualizado de Educação* [apostila não-publicada]. São Paulo: 2004.
- TAYLOR, Wallace & TAYLOR, Isabelle. *Services for handicapped youth in England and Wales*. Nova York: International Society for Rehabilitation of the Disabled (atual Rehabilitation International), 1966, p.4.
- THORNBURGH, Dick. *The Americans with Disabilities Act: Questions and answers*. Washington, DC: Civil Rights Division, U.S. Department of Justice, 1991, p.1-2.
- TUCKWELL, Sue. *40 millones de personas ocultas*. Material de divulgação do Ano Internacional das Pessoas Deficientes, em Dacca, Bangladesh, 1981.
- WNUSP. *Declaração de Kampala*. Aprovada em Kampala, Uganda, em 2009.
- _____. *Statements of WNUSP*. <http://www.wnusp.org/statements-of-wnusp.htm>. s/d.