

29

cadernos temáticos CRP SP

Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência



Conselho Regional de **PSICOLOGIA SP**

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - CRP 06



cadernos temáticos CRP SP
**Psicologia, direitos
humanos e pessoas
com deficiência**

CRP 06 · São Paulo · 2019 · 1ª Edição

Caderno Temático nº 29 – Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência

XV Plenário (2016-2019)

Diretoria

Presidenta | Luciana Stoppa dos Santos
Vice-presidenta | Larissa Gomes Ornelas Pedott
Secretária | Suely Castaldi Ortiz da Silva
Tesoureiro | Guilherme Rodrigues Raggi Pereira

Conselheiras/os

Aristeu Bertelli da Silva (*Afastado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Beatriz Borges Brambilla
Beatriz Marques de Mattos
Bruna Lavinias Jardim Falleiros (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Clarice Pimentel Paulon (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Ed Otsuka
Edgar Rodrigues
Evelyn Sayeg (*Licenciada desde 20/10/2018 - PL 2051ª de 20/10/18*)
Ivana do Carmo Souza
Ivani Francisco de Oliveira
Magna Barboza Damasceno
Maria das Graças Mazarin de Araújo
Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarneri
Maria Rozineti Gonçalves
Maurício Marinho Iwai (*Licenciado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Mary Ueta
Monalisa Muniz Nascimento
Regiane Aparecida Piva
Reginaldo Branco da Silva
Rodrigo Fernando Presotto
Rodrigo Toledo
Vinicius Cesca de Lima (*Licenciado desde 07/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)

Organização do caderno

Yasmin de Sousa Pereira

Revisão ortográfica

Andrea Vidal

Projeto gráfico e editoração

Paulo Mota | Relações Externas CRP SP

C755p Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência. Conselho Regional de
Psicologia de São Paulo. - São Paulo: CRP SP, 2019.
52 p.; 21x28cm. (Cadernos Temáticos CRP SP /nº 29)

ISBN: 978-85-60405-53-4

1. Psicologia e Pessoas com Deficiência. 2. Direitos das Pessoas com Deficiência. 3. Direitos Humanos. 4. Rede de Atendimento às Pessoas com Deficiência. 5. Direitos às Acessibilidades de Pessoas com Deficiência. I. Título

CDD 157.8

Ficha catalográfica elaborada por Marcos Toledo CRB8/8396

Cadernos Temáticos do CRP SP

Desde 2007, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo inclui, entre as ações permanentes da gestão, a publicação da série *Cadernos Temáticos do CRP SP*, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a vários objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orientam as ações do CRP SP, o de produzir referências para o exercício profissional de psicólogas/os; o segundo é o de identificar áreas que mereçam atenção prioritária, em função de seu reconhecimento social ou da necessidade de sua consolidação; o terceiro é o de, efetivamente, ser um espaço para que a categoria apresente suas posições e questionamentos acerca da atuação profissional, garantindo, assim, a construção coletiva de um projeto para a Psicologia que expresse a sua importância como ciência e como profissão.

Esses três objetivos articulam-se nos *Cadernos Temáticos* de maneira a apresentar resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP, que contaram com a experiência de pesquisadoras/es e especialistas da Psicologia para debater sobre assuntos ou temáticas variados na área. Reafirmamos o debate permanente como princípio fundamental do processo de democratização, seja para consolidar diretrizes, seja para delinear ainda mais os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos inúmeros desafios presentes em nossa realidade, sempre compreendendo a constituição da singularidade humana como um fenômeno complexo, multideterminado e historicamente produzido. A publicação dos *Cadernos Temáticos* é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida a psicólogas/os, bem como aos diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para a profícua discussão, em diferentes lugares e de diversas maneiras, sobre a prática profissional da Psicologia.

Este é o 29º Caderno da série. Seu tema é: *Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência*.

Outras temáticas e debates ainda se unirão a este conjunto, trazendo para o espaço coletivo informações, críticas e proposições sobre temas relevantes para a Psicologia e para a sociedade.

A divulgação deste material nas versões impressa e digital possibilita ampla discussão, mantendo permanentemente a reflexão sobre o compromisso social de nossa profissão, reflexão para a qual convidamos a todas/os.

XV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

Os Cadernos já publicados podem ser consultados em www.crp.org.br:

- 1 – Psicologia e preconceito racial
- 2 – Profissionais frente a situações de tortura
- 3 – A Psicologia promovendo o ECA
- 4 – A inserção da Psicologia na saúde suplementar
- 5 – Cidadania ativa na prática
- 5 – *Ciudadanía activa en la práctica*
- 6 – Psicologia e Educação: contribuições para a atuação profissional
- 7 – Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 8 – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas
- 9 – Ensino da Psicologia no Nível Médio: impasses e alternativas
- 10 – Psicólogo Judiciário nas Questões de Família
- 11 – Psicologia e Diversidade Sexual
- 12 – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas
- 13 – Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade
- 14 – Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para Psicologia
- 15 – Centros de Convivência e Cooperativa
- 16 – Psicologia e Segurança Pública
- 17 – Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento da desigualdade social
- 18 – Psicologia do Esporte: contribuições para a atuação profissional
- 19 – Psicologia e Educação: desafios da inclusão
- 20 – Psicologia Organizacional e do Trabalho
- 21 – Psicologia em emergências e desastres
- 22 – A quem interessa a “Reforma” da Previdência?: articulações entre a psicologia e os direitos das trabalhadoras e trabalhadores
- 23 – Psicologia e o resgate da memória: diálogos em construção
- 24 – A potência da psicologia obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira
- 25 – Psicologia, laicidade do estado e o enfrentamento à intolerância religiosa
- 26 – Psicologia, exercício da maternidade e proteção social
- 27 – Nossa luta cria: enfrentar as desigualdades e defender a democracia é um dever ético para a Psicologia
- 28 – Psicologia e precarização do trabalho: subjetividade e resistência

Sumário

Direitos Humanos e Pessoas com Deficiência: da invisibilidade social ao confinamento institucional

07 INTRODUÇÃO

Luciana Stoppa dos Santos

09 APRESENTAÇÃO

Mirnamar Pinto da Fonseca Pagliuso

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E REDE DE ATENDIMENTO ÀS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

11 *Sandra Ramalho*

13 *Deborah Prates*

(DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

25 *Livia Felipe Dalberto*

27 *Carla Fernandes Carvalho*

31 *Rodrigo Fernando Presotto*

35 *Antonio Carlos Munhoz*

PROTAGONISMO E DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

37 *Ana Rita de Paula*

40 *Luiz Alberto Melchert de Carvalho e Silva*

44 *William Jesus da Silva*

48 *Raissa Siqueira Tostes*

Introdução

Luciana Stoppa dos Santos

Presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRP SP

É com grande satisfação que o XV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo apresenta a produção do Caderno Temático “Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência”, fruto do trabalho produzido por conselheiras(os), colaboradoras(os) e convidadas(os) que têm colaborado para a construção de diretrizes técnicas e éticas para o trabalho das psicólogas com as pessoas com deficiência.

O Congresso Nacional da Psicologia (CNP) é instância que delibera sobre as diretrizes e compromissos políticos para as gestões dos Conselhos Regionais e do Conselho Federal de Psicologia. No último CNP foram aprovadas diversas diretrizes relacionadas à pauta da deficiência em diferentes eixos, que impactaram ações da gestão do sistema conselhos, mas especialmente do CRP SP, que assumiu com afinco esse compromisso com a categoria e com as pessoas com deficiência.

Implementamos ações que se relacionaram à organização democrática do Sistema Conselhos e aperfeiçoamento das estratégias de diálogo com a categoria e a sociedade, que se referem ao método de fazer gestão da autarquia: imple-

mentamos ações de acessibilização arquitetônica nas subsedes, investimos na qualificação de procedimentos de acessibilidade na comunicação em eventos, site, redes sociais e no atendimento à categoria por meio da formação de nossas(os) trabalhadoras(es) para comunicação em Libras, oferecemos formação para trabalhadoras(es), gestoras(es) e conselheiras(os) no que diz respeito ao capacitismo estrutural, ou seja, o preconceito direcionado às pessoas com deficiência, que é uma grave barreira atitudinal.


Houve também intenso trabalho no sentido de oferecer contribuições éticas, políticas e técnicas ao processo democrático e de garantia de direitos. Nesse sentido, o CRP SP marcou presença nas discussões que se destinaram a levar os posicionamentos da ciência e da prática psicológica no enfrentamento aos processos de patologização da vida das pessoas com deficiência, no enfrentamento ao capacitismo estrutural e na defesa por legislações e políticas públicas que garantam o gozo dos direitos, da vida digna e das liberdades fundamentais dessas pessoas, tal como preconiza a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Realizamos também diferentes ações para a ampliação e qualificação do exercício profissional no Estado de garantia de direitos, cujos objetivos são viabilizar reflexões e debates que culminam com a construção de referencial técnico e ético para fundamentar o trabalho das(os) psicólogas(os) com as pessoas com deficiência usuárias de seus serviços, sendo este caderno temático um desses produtos, resultado de um importante debate sobre a Deficiência com uma perspectiva de Direitos Humanos.

Todo este processo foi disparado a partir de diretrizes importantes, entre elas, o conceito de Deficiência presente na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2008), que compreende o fenômeno como uma construção social e não como um atributo médico-biológico – o chamado “Modelo Social da Deficiência”. Essa compreensão impactou também a forma de construção de nossas ações: não falamos das pessoas com deficiência, mas dialogamos e construímos com as pessoas com deficiência. Estivemos em constante relação com os movimentos sociais e buscamos ocupar a gestão com psicólogas com

deficiência, que trabalharam ativamente no processo, afinal, levamos a sério o lema “Nada sobre nós sem nós”.

Salientamos também que o CRP SP se dedicou a pensar sobre formas inovadoras de cuidado nos diferentes espaços e nas diferentes políticas públicas, bem como buscou contribuir para construção de práticas que enfrentem uma visão corponormativa e capacitista, à qual estão submetidas as pessoas com deficiência e que implicam em mudanças sociais, éticas e políticas bastante profundas.

Já avançamos nesse caminho, mas ainda há muito por fazer para a consolidação de um corpo de conhecimentos que auxilie a Psicóloga(o) a vivenciar sua prática profissional comprometida com a transformação de uma realidade tão excludente. Desejamos contribuir para uma psicologia posicionada no enfrentamento à patologização da deficiência, combatendo as diferentes formas de preconceito e discriminação, às quais estão diariamente submetidas as pessoas com deficiência. Desejamos a todas(os) uma ótima leitura! 

Apresentação

Mirnamar Pinto da Fonseca Pagliuso

Psicóloga, Coordenadora do Núcleo Psicologia e Deficiência do CRP SP

Em nome do Núcleo de Psicologia e Deficiência do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, quero desejar as boas-vindas a todas e todos os presentes. Para nós, este dia é um dia muito especial, pois hoje estamos concretizando uma das nossas mais importantes ações definidas em nosso planejamento estratégico. Fundamentalmente porque, para a realização deste seminário, cujo tema é *"Direitos Humanos e Pessoas com Deficiência: da invisibilidade social ao confinamento institucional"*, estamos contando com parceiros e convidados de muito reconhecimento profissional e que têm lutado sobremaneira pela promoção e garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiência.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos reconhece a dignidade e o valor inerente à pessoa humana. Em seu artigo 2º, declara: "Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição". Os Direitos Humanos são inalienáveis e invioláveis. Assim, espera-se que todas as pessoas, independentemente da sua condição, possam desfrutar de uma vida digna em igualdade de condições e oportunidades de acesso aos bens comuns. Para a garantia desses direitos, políticas públicas devem ser implementadas de tal modo que contemplem todos os segmentos da sociedade.

Historicamente, as pessoas com deficiência foram aviltadas em seus direitos e subjugadas a uma condição sub-humana, a partir de uma narrativa biomédica, individualizante, patologizan-

te, segregadora, normatizadora e consideradas como não sujeitos de direitos. As pessoas com deficiência eram consideradas não produtivas e segregadas em instituições totais, sem direito a usufruir de uma vida comunitária. Com o avanço da medicina e de outras áreas do conhecimento, como a psicologia, o paradigma da institucionalização passou a ser questionado, dando lugar a uma concepção integradora e normatizadora, em que era preciso preparar a pessoa com deficiência para o convívio e participação social, tornando-o o mais "normal" possível. Foram então criados serviços que pudessem fazer esse trabalho. Entretanto, esse modelo de atenção mostrou-se ineficaz pois as singularidades e os direitos das pessoas não eram respeitados.

Com a mobilização da sociedade e dos movimentos sociais na busca pela justiça e inclusão social, a deficiência passou a ser interpretada a partir de um contexto biopsicossocial, como o resultado da interação das pessoas com deficiência com as barreiras atitudinais, ambientais e comunicacionais, as quais impedem a sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Assim, nesta nova concepção, o ambiente e o contexto social devem estar devidamente preparados para a plena participação da pessoa com deficiência.

Embora importantes marcos legais tenham sido instituídos na direção de garantir os direitos das pessoas com deficiência, essencialmente a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão, observamos que ainda há um longo e difícil caminho a percorrer. Mesmo com os avanços no protagonismo dos seus movimentos sociais, atitudes capacitis-


“Com esse cenário de violência e ultraje aos direitos fundamentais, a Psicologia precisa urgentemente contribuir com o rompimento dos processos discriminatórios, patologizantes e estigmatizantes dos comportamentos e produzir referências éticas e técnicas para a compreensão das diferenças e singularidades que compõem a diversidade humana e para construir saberes e práticas que promovam a autonomia e a dignidade da pessoa com deficiência”

tas e violações de direitos ocorrem cotidianamente em relação às pessoas com deficiência. Muitas pessoas com deficiência encontram imensas barreiras para acessar os serviços públicos, sofrem violências simbólicas e/ou físicas e ainda são passíveis de serem enclausuradas em instituições totais. São vivências de discriminação e preconceito que deixam suas marcas na formação e expressão da subjetividade desses sujeitos. São direitos à educação, à saúde, ao trabalho, que estão sendo negligenciados ou negados. Se pensarmos nos marcadores sociais, como gênero, idade, raça e condição socioeconômica, as pessoas com deficiência apresentam maior vulnerabilidade em relação aos outros públicos. A violência não é condição de humanidade. Ao contrário, é violação à dignidade humana.

“Reconhecemos a dívida histórica da Psicologia com as Pessoas com Deficiência e desejamos reparar a parte que nos cabe nesse processo”

Com esse cenário de violência e ultraje aos direitos fundamentais, a Psicologia precisa urgentemente contribuir com o rompimento dos processos discriminatórios, patologizantes e estigmatizantes dos comportamentos e produzir referências éticas e técnicas para a compreensão das diferenças e singularidades que compõem a diversidade humana e para construir saberes e práticas que promovam a autonomia e a dignidade da pessoa com deficiência. Urge um novo lugar social para a deficiência, que não seja o da incapacidade, da doença, do defeito. Mais que isso, é necessário, em consonância com os anseios dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, promover suas potências, contribuir com propostas de políticas públicas adequadas às necessidades desse público e ocupar-se da humanização das relações entre os sujeitos, as instituições e a sociedade.

Reconhecemos a dívida histórica da Psicologia com as Pessoas com Deficiência e desejamos reparar a parte que nos cabe nesse processo. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo assume aqui, publicamente, seu compromisso em enfrentar o capacitismo institucional, infelizmente tão presente em nossa sociedade, e compromete-se a contribuir com a construção de referências técnicas e com a qualificação dos serviços prestados pelas psicólogas e psicólogos nos mais diversos espaços de atuação com as pessoas com deficiência.

Finalizando, aproveito a oportunidade para agradecer as membras e aos membros do Núcleo Psicologia e Deficiência, pelo esforço em concretizar não só este Seminário, como as inúmeras outras ações que temos desenvolvido ao longo desta gestão, para que efetivamente possa ser cumprido o que foi pactuado no último Congresso Nacional de Psicologia. Nosso agradecimento especial às psicólogas e aos psicólogos com deficiência que conseguimos agregar como membros do Núcleo, que, com seu protagonismo, definiram muitos caminhos que tivemos e que ainda teremos que percorrer. **Nada sobre eles, sem eles!** 

Violência de Gênero e Rede de Atendimento às Pessoas com Deficiência

Sandra Ramalho

Conselheira no Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência de São Paulo e Secretária da Pastoral da Pessoa com Deficiência da Arquidiocese de São Paulo

A violência contra pessoas ou grupos vulneráveis, sobretudo, mulheres com deficiência e idosas, é sistêmica e impedir a violência familiar e em instituições necessita de alterações na própria sociedade, especialmente, quanto a ver o outro como igual. Violência pode ser compreendida como sendo o avesso dos direitos consagrados nas leis de uma forma geral. Direitos como: ir e vir, estudar, autonomia, trabalho, amor, sexo.

Destaco aqui uma discussão: autonomia, o empoderamento. A mulher impedida de ir à escola, subjugada a uma condição de dependência, principalmente dentro da própria família, com o motivo de que a sociedade não é segura para pessoas com deficiência. Sob essa alegação, a pessoa com deficiência é mantida em uma redoma onde não lhe cabe a opção, porque ela desconhece o mundo lá fora. Como optar por buscar novos horizontes, os quais ela nem sabe que existe?


Muitas relações, sejam afetivas, familiares, homossexuais ou heterossexuais, criam uma dependência, e surgem frases como “Deixa que eu faço”, “Por que fazer, trabalhar?”, “Por que dirigir?”, “Por que estudar?”, “Eu vou estar sempre aqui”. Mas, com o passar do tempo, nova realidade se estabelece e essa relação acaba e a pessoa com deficiência é abandonada, sem autonomia, porque não foi preparada para isso. Por isso, a preocupação mundial, retratada em normas internacionais, voltada principalmente para prevenção da violência por meio da informação, da educação e do convívio social. A sociedade precisa conhecer essas pessoas. Parâmetros principais de uma sociedade cidadã são a educação, a saúde, a acessibilidade, a autonomia e a qualidade de vida.

A violência ocorre, principalmente, nos espaços onde a cidadania não se estabelece, de menor poder econômico e escolaridade. Esses dois aspectos atingem sobremaneira as pessoas com deficiência, o que traz como consequência a manutenção da violência. A impunidade dos agressores, o medo de denunciar, a ideia sobre a inferioridade e a desvalorização da pessoa são características dessa situação.

Temos, então, algumas medidas para diminuir a violência:

- Aumentar os canais de denúncia;
- Incluir a pessoa com deficiência na rede regular de ensino;
- Estabelecer planos de enfrentamento à violência contra a pessoa com deficiência nos âmbitos estadual, municipal e distrital;
- Criar e fortalecer os conselhos de direitos estaduais, municipais e distritais;
- Implantar serviço de notificação de violência contra a pessoa com deficiência no âmbito do SUS;
- Divulgar os direitos das pessoas com deficiência;
- Destinar verbas no orçamento público de segurança;
- Construir centros integrados de prestação de serviços às vítimas de violência, com apoio psicológico e social.

Segundo dados internacionais da OMS, um quarto da população com deficiência sofre maus tratos e abusos violentos. Os maus tratos, por sua vez, podem ser de ordem física, com agressões, tratamento rude e falta de cuidados pessoais, emprego exagerado de restrições, excesso de medicamentos e reclusão. Os maus tratos psicológicos podem ser por excessos verbais, intimidação, isolamento social, privações emocionais, impedir a tomada de decisões próprias, ameaças em relação a familiares.

A revelação desse fenômeno ocorre e se fundamenta basicamente no preconceito e na prática de atos de discriminação. A falta de acessibilidade nos ambientes, nas vias públicas, no transporte, na vida comunitária e cultural; com a falta de capacitação de profissionais das áreas de atendimento à saúde, assistência e serviços públicos em geral, dificulta que a pessoa com deficiência denuncie, que chegue a órgãos públicos e centros de ajuda. Os dados estatísticos mostram que, de 2014 para cá, os índices vêm baixando. Devemos buscar as razões. 

Advogada, Presidente da Comissão da Mulher do Instituto dos Advogados Brasileiros, Consultora da Comissão Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, autora do livro *Acessibilidade Atitudinal* (Editora Gramma 2015)

De início é preciso lembrar da importância de descolonizarmos os corpos e os saberes em sociedades que ainda são coloniais, como é o caso do Brasil. Essa questão reflete – diretamente – a forma com que pensamos as nossas identidades, o conhecimento, o poder, o Direito e os direitos. Maurice Merleau-Ponty, filósofo fenomenólogo francês (1908-1961), deixou-nos um bom legado com a frase: “O sujeito que sou concretamente tomado é inseparável deste corpo aqui e deste mundo aqui”. Maurice nos disse que “se eu estou neste corpo aqui é porque não estou naquele corpo ali; se estou neste mundo aqui é porque não estou naquele mundo de lá”. O filósofo defende o corpo sujeito. Esta “obviedade” marca o nosso lugar de fala. Certo é que vivemos em corpos e através de corpos. Isso nos traz consequências para o modo com que pensamos a existência, a política e o conhecimento.

Uma das áreas que mais crucialmente captou o quão decisivo é vivermos em corpos e em corpos que são diferentes foram os estudos das deficiências. O ser que habita um corpo que não cabe na fôrma da indústria da moda infringe as heteronormas ditadas pelo capitalismo, estes são excluídos da categoria humana. Vale, de início, tecer um conceito básico sobre o terrível capacitismo, o qual assola, em cheio, as pessoas com deficiência e, muito mais, as mulheres com deficiência, por somar com a opressão de gênero.

A autora entende que o capacitismo é uma espécie do gênero preconceito que a sociedade atribui às pessoas com deficiência, o qual as reduz à própria deficiência. Assim, os seres humanos com deficiência são reduzidos, por ilustração, à bengala (cegos), à cadeira de rodas (cadeirantes), à muleta (muletantes), etc. Essas pessoas

“De início é preciso lembrar da importância de descolonizarmos os corpos e os saberes em sociedades que ainda são coloniais, como é o caso do Brasil. Essa questão reflete – diretamente – a forma com que pensamos as nossas identidades, o conhecimento, o poder, o Direito e os direitos”

são condenadas à perda das respectivas identidades, diariamente ouvem que nada podem fazer e que nada é para elas. Tudo com base nas deficiências, pelo que se torna deveras complexo tomarem posse das suas cidadanias, bem como exigirem o cumprimento dos seus direitos e, em especial, dos direitos fundamentais.

Com alicerce na cultura patriarcal e no machismo, em algumas vezes, a sociedade brasileira nota o homem com deficiência dentro da “massa” das pessoas com deficiência. No entanto, a mulher com deficiência é absurdamente invisível, de sorte que, ainda em 2018, permanece vivendo em um subterrâneo social. E, o que é pior, não é vista, notada, nem mesmo por suas iguais sem deficiência.

Em um contexto simbólico – sob a ótica capitalista – é que tem lugar registrar que o valor da mulher com deficiência é extremamente baixo na “bolsa de valores humanos”. Essa afirmativa pode ser vista no livro intitulado *Deficiência, direitos hu-*

manos e justiça¹, de Débora Diniz, Livia Barbosa e Wederson Rufino dos Santos, cujo trecho contundente se segue:

Mas esse silêncio foi desafiado com a entrada de outras perspectivas analíticas ao modelo social, em especial com o feminismo. Não por coincidência, o modelo social da deficiência teve início com homens adultos, brancos e portadores de lesão medular (DINIZ, 2007, p. 60), um grupo de pessoas para quem as barreiras sociais seriam essencialmente físicas e mensuráveis. A inclusão social dessas pessoas não subverteria a ordem social, pois, no caso deles, o simulacro da normalidade era eficiente para demonstrar o sucesso da inclusão. Ainda hoje, os sinais de trânsito ou as representações públicas da deficiência indicam um cadeirante como ícone. (DINIZ, BARBOSA, SANTOS, 2009, pp. 71 e 72).

A violência sexual para a mulher com deficiência, como dito acima, é mais elevada, redobrada, do que a sofrida pelas mulheres sem deficiência por conta da sua maior vulnerabilidade, peculiaridade. A deficiência deixa o criminoso mais à vontade, ante a certeza de que é menos capaz de revelar a violência praticada e, também, porque a sociedade não lhe dá crédito. Então, o agressor entende que as suas reclamações não chegarão a ser registradas. Assim é que tem a certeza de que a mulher surda não conseguirá se expressar; que a cega não poderá apontar, descrever o agressor, tampouco a surdo-cega; que as com deficiência mental e intelectual nem entenderão o ocorrido; que as que têm deficiência física não conseguirão escapar, correr, etc.

São frequentes os relatos de mulheres com deficiência acerca do hábito dos(as) companheiros(as) as estuprarem na hipótese de se recusarem a fazer sexo. A autora, entrevistando uma mulher com deficiência física (cadeirante), ouviu que o marido tinha por hábito jogá-la na cama e estuprá-la. Depois, a ameaçava dizendo que, se contasse a alguém o ocorrido, a castigaria. Ouviu também que, uma vez, a deixou um dia inteiro trancada no quarto sem água nem comida, bem como sem poder ir ao banheiro. Ante tais equívocos é que os criminosos reiteram as violências sexuais de todo tipo. Acreditam que jamais serão punidos.

Muitas mulheres nas situações acima ingerem medicamentos cotidianamente que as deixam mais vulneráveis, dificultando-lhes a detecção de sofrimentos, maus-tratos. São, absurdamente, abusadas e desacreditadas pelas famílias, autoridades e sociedade. Certo é que a violência é muito maior se consideradas as questões seguintes: de gênero, de deficiência, de práticas de poder social, de hierarquia simbólica de valores humanos, de debilidades socioeconômicas, de ausência de educação e saúde, etc. A mulher com deficiência, comumente, acumula quase todas essas agravantes.

“A sociedade precisa acolher as diversidades da forma em que a vida as colocou”

A interseccionalidade é, sem dúvida, um grande legado que as feministas negras deixaram à humanidade. Conceitualmente, ela foi cunhada pela jurista estadunidense, a professora da teoria crítica de raça Kimberlé Crenshaw, no âmbito das leis antidiscriminação. Sempre que a autora se depara com várias opressões contra uma mesma mulher, pessoa, faz, por justiça e agradecimento, uma homenagem à professora negra Kimberlé Crenshaw. A sociedade precisa acolher as diversidades da forma em que a vida as colocou. O ideal de ser humano há que ser sepultado pela coletividade, a fim de que decorra o período de luto. Somente após é que, de verdade, não mais teremos a hierarquia entre os humanos e é essa hierarquia que traz a desigualdade, o racismo. Findo o processo de luto é que viveremos a primavera.

Certa noite, andando na rua, a autora cruzou com uma mulher vendendo suas balinhas em busca da sobrevivência. Soube, depois, que se cuidava de uma mulher cadeirante, negra e transgênera. Então, é que vale a reflexão quanto às múltiplas opressões sobre uma mesma mulher com deficiência. Posteriormente ao episódio, a autora reuniu-se com um grupo de pessoas com deficiência e relatou o encontro. Qual fora a sua surpresa ao perceber que por conta da transgeneridade, o grupo rejeitou esse ser humano, sob a alegação de que “Deus fez o homem e a mulher, de sorte que somente poderíamos ser dessa forma”, assim é notável que verdadeiramente precisamos trabalhar nos porões dos nossos corações os preconceitos. Em tom de desabafo, a autora

1 Diniz, Debora, Barbosa, Livia, & Santos, Wederson Rufino dos. (2009). *Deficiência, direitos humanos e justiça*. Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos, 6 (11), 64-77. <https://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004> - acessado em 18/fevereiro/2019).

ouviu também de uma mulher com nanismo que era comum ser chamada de “miniputa” pelos homens. Claro restou, pois, que a violência sofrida pelas mulheres com deficiência é potencializada pela própria deficiência.

Sobre o crime de estupro contra a mulher com deficiência, a autora não encontrou literatura específica, pelo que foi pesquisar, de modo empírico, a questão. Desse estudo nasceu um artigo, o qual integra o livro *Estupro: perspectiva de gênero, interseccionalidade e interdisciplinaridade*².

Vale, para ilustrar o presente artigo, a transcrição do trecho seguinte: “Foi com esse espírito de sororidade que contou um pouco de sua história, em que há uma cuidadora com cerca de 55 anos e que é essa mulher quem faz tudo por ela, ficando, inclusive, com a atividade inerente a sua higiene pessoal. Percebeu algo estranho quando lavava a sua genitália; que quando manuseava o seu corpo deixava transparecer um afeto que ia muito além da higiene e que a sua possibilidade de recusa e/ou afastamento da cuidadora era impossível pela perda dos movimentos, que sentia um esquisito carinho dessa mulher e se recusava a corresponder. Chegou a conversar com a profissional que não estava de acordo com aquele tratamento e que preferia que não se repetisse mais, mas que a mulher dizia que era muito bom para ela e que iria continuar.

Percebeu, um dia, que a cuidadora introduziu o dedo em sua vagina; que, apesar de dizer que não queria aquele tratamento, a cuidadora a tratava com todo carinho e fazia tudo o que ela queria, inclusive no uso do computador. Tinha medo de contar para a família, já que essa cuidadora foi a única pessoa que a tratou tão bem desde que ficou sem os movimentos, que sentia pela mulher quase um afeto de mãe por isso, não teve coragem de contar aos familiares. Assim, afirmava que ter que ficar à mercê de uma outra mulher que poderia maltratá-la, como já havia acontecido; que sente uma atemorização vinda da cuidadora que, por várias vezes, ameaçou em pedir demissão; que se sente impotente em denunciar a técnica por todos os motivos já expostos; que é adepta da ideia de que se é ruim com ela, pode vir a ser pior sem ela.

Relata que quando lhe alimenta o faz com carinho sem machucar a sua boca, que depois das higiênes fica muito mal de cabeça porque já foi pessoa sem deficiência e tinha independência e autonomia para fazer tudo quanto precisava sem necessitar de ninguém; que se sente humilhada com todo esse relato, mas absurdamente impotente diante da situação que irá levar a conjuntura anunciada até o dia que Deus permitir. E que, ainda que contasse para os familiares, não seria acreditada, até porque a cuidadora é uma mulher muito religiosa, de modo que preferia permanecer sendo violentada física e psicologicamente a perder a profissional.”

Diante da desumana descrição acima, fica nítido que as mulheres e meninas com deficiência passam por situações de estupro completamente diferentes das experimentadas pelas mulheres e meninas sem deficiência, sendo o motivo a própria deficiência que as deixa mais vulneráveis. Nítido que esse novo recorte, dentro do recorte de gênero, há que ser enxergado e feito pelas autoridades das mais diferentes esferas. Estas não podem mais inserir, de modo irresponsável, situações como as descritas ao longo deste trabalho, no “pacote” de estupro de vulneráveis como acontece hodiernamente.

A autora, em entrevista com uma defensora pública do Rio de Janeiro, indagou-lhe sobre o tipo de procedimento, tratamento, que daria para uma mulher com deficiência em situação de violência sexual. A defensora respondeu que a encaminharia para o setor próprio de trato com a deficiência. Nítida a ausência de sensibilidade do setor público no trato da violência decorrente de gênero quando a mulher é pessoa com deficiência.

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (2014) da Organização Mundial da Saúde (OMS), traduzido para o português pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (2015), revela as formas de violência contra mulheres e meninas no planeta, bem como os necessários procedimentos para a prevenção e redução dessa violência até 2030. Esse relatório ignorou o grupo de mulheres com deficiência, tal constatação é muito grave, visto que prova a invisibilidade desse grupo de mulheres, deixando-o muito mais vulnerável até 2030. Eis um exemplo, significativo, que ratifica o fenômeno da invisibilidade social imposto pela sociedade contra as mulheres com deficiência: as suas vozes são sempre silenciadas, anuladas pelo peso das múltiplas opressões que sofrem.

2 BATISTA, Carla Gisele. *O que é Interseccionalidade?* Geledés – Instituto da Mulher Negra, 8 set. 2018. Disponível em <<https://www.geledes.org.br/o-que-e-interseccionalidade/>> – acessado em 18/fevereiro/2019. 2019. 3. PRATES.

Mesmo com o advento da Lei Maria da Penha (Lei 11340/2006), são poucos os casos de condenação do agressor, frequentemente familiares ou cuidadores externos, os quais prestam seus serviços dentro da casa. Essas situações, em muito, dificultam a tomada das medidas adequadas para a punição dos crimes de violência a essas mulheres e inexistem, face ao exposto, políticas públicas de cuidado e proteção para esse nicho da população. É preciso estimular o interesse para posterior conhecimento da realidade das mulheres com deficiência, de modo a convergir para o seu enfrentamento.

Na esfera intrafamiliar, a situação fica extremamente delicada para ser combatida, já que as próprias mulheres com deficiência têm medo de represálias se relatarem às autoridades as violências sexuais sofridas. Pais, padrastos, maridos/companheiros, irmãos e vizinhos que frequentam a casa, sentem-se confortáveis com esse fundado receio, pelo que continuam praticando os crimes sexuais, na certeza de que jamais serão descobertos e punidos.

“A ausência das acessibilidades em todas as suas nuances caracteriza flagrante violação aos direitos fundamentais das mulheres com deficiência. Vale frisar que esses direitos não aceitam relativização”

Nos poucos casos em que as mulheres conseguiram chegar até as autoridades, estas, por seu turno, deram maior confiabilidade à fala da família, ante o descrédito decorrente da deficiência. A ausência das acessibilidades em todas as suas nuances caracteriza flagrante violação aos direitos fundamentais das mulheres com deficiência. Vale frisar que esses direitos não aceitam relativização. As cidades não foram pensadas para elas no que concerne às acessibilidades.

Após sofrer violência sexual, as mulheres sem deficiência têm que fazer verdadeira *via crucis*, se quiserem fazer justiça. Mas, e as mulheres com deficiência, como peregrinar pela cidade sem as acessibilidades? Eis a questão. O “simples” deslocamento para buscar ajuda para a mulher com deficiência é, na maioria dos casos, impos-

sível. Vale, a título de ilustração, elencar algumas passagens dessa *via crucis*. As mulheres, em tese, têm o direito a registro de ocorrência policial, inquérito policial e realização de exames periciais no Departamento Médico Legal; recebimento gratuito de assistência médica com indicação de contracepção de emergência para evitar a gravidez indesejada; recebimento de profilaxia para HIV e para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); aborto legal em caso de gravidez decorrente de estupro; promoção da Ação Penal para responsabilização do agressor; etc.

Percorrer essas tantas etapas sem que existam as legais acessibilidades é, para as mulheres com deficiência, quimérico, inconcebível. A autora toma, como referência, a cidade do Rio de Janeiro. A *via crucis* tem início ao sair de casa, as calçadas são esburacadas, com raízes de árvores afloradas, sem rampas ou piso tátil, atravancadas com sacos de lixo e ambulantes espalhados, cheias de mobiliários urbanos colocados inadequadamente, etc.

Vencida essa primeira etapa, a mulher com deficiência encontra a segunda: a inexistência de transportes adaptados. No caso dos ônibus, por exemplo, se há plataforma elevatória, o motorista, em regra, não foi preparado/treinado pelos empresários para manobrá-la. As estações de trem também não são adequadas. A autora fez um *tour* por elas e constatou várias em que a distância entre o trem e a plataforma era enorme, expondo as pessoas com deficiência à humilhação, visto que, em muitos casos, precisavam ser carregadas. Os taxistas, em regra, recusam-se a transportar cadeiras de rodas ou cães-guia. Para este segundo, alegam ter alergia, com o nítido intuito de burlar a legislação específica.

“Nos primeiros encontros é muito bem recepcionada, no entanto, quando inicia o discurso das acessibilidades deixa de ser ouvida. Sem dúvida alguma, esse comportamento de desprezo vindo das iguais sem deficiência configura uma inenarrável violência contra os pares com deficiência”

As vencedoras desses iniciais obstáculos sofrem um impacto ao entrar nas delegacias especializadas. Nas que existem rampas, pisos táteis e elevadores de acesso, os técnicos não estão preparados para o trato com a mulher com deficiência. A surda e a surdo-cega nunca encontram profissionais para LIBRAS ou tadoma³, pelo que saem dos estabelecimentos sem, ao menos, consolidar a notícia criminosa. Quanto às cegas, os investigadores as ignoram completamente, pois se dirigem aos acompanhantes.

“A sororidade deve ser o mote entre as mulheres com e sem deficiência, a qual pode ser traduzida como uma forte união e entrelace entre as mulheres com fundamento no companheirismo e empatia, bem como no contundente interesse no encontro de objetivos em comum”

A autora frequenta alguns coletivos de mulheres no Rio de Janeiro e sempre é a única mulher com deficiência nos espaços. Nos primeiros encontros é muito bem recepcionada, no entanto, quando inicia o discurso das acessibilidades deixa de ser ouvida. Sem dúvida alguma, esse comportamento de desprezo vindo das iguais sem deficiência configura uma inenarrável violência contra os pares com deficiência. Então, vale a reflexão: É possível falar em sororidade seletiva? Contradição?

A sororidade deve ser o mote entre as mulheres com e sem deficiência, a qual pode ser traduzida como uma forte união e entrelace entre as mulheres com fundamento no companheirismo e empatia, bem como no contundente interesse no encontro de objetivos em comum. Esse nicho populacional não pode permanecer ao exílio da sociedade brasileira, a qual lhe subtraiu o direito de ter satisfeito o princípio da dignidade da pessoa humana. Certo é que a sociedade não compreende que as acessibilidades integram o rol dos seus direitos fundamentais. Nesse equívoco os relati-

vizam, sob o cruel argumento de que não existe verba para serem concretizados.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com deficiência e seu Protocolo facultativo, assinados em Nova York, (30 de março de 2007), tendo o Governo brasileiro depositado o instrumento de ratificação dos referidos atos com o Secretário-Geral das Nações Unidas (1o de agosto de 2008) entraram em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, em 31 de agosto de 2008. É o único Tratado Internacional de Direitos Humanos com *status* de Emenda Constitucional por força do artigo 5º, § 3º1, da Constituição Cidadã.

“É preciso que os movimentos das pessoas com deficiência se mobilizem para a real implementação da acessibilidade atitudinal prevista no artigo 8 da Convenção de Nova Iorque”

Esses Documentos Internacionais formam, somados com a Constituição da República, o “Bloco de Constitucionalidade”. Escandalosamente, nem mesmo no *site*⁴ do Planalto esses Documentos Internacionais andam juntos com a Carta da República. Inconcebível é imaginar que os técnicos não tenham o conhecimento de que precisam estar em bloco. É preciso que os movimentos das pessoas com deficiência se mobilizem para a real implementação da acessibilidade atitudinal prevista no artigo 8 da Convenção de Nova Iorque. É necessário que o exemplo venha a partir da presidência, bem como dos altos escalões da República (STF, STJ, CNJ e outros). Por esse singelo comentário é que tem lugar enfatizar a importância do feminismo – movimento (pacífico) de transformação social.

Infelizmente a mulher é vista – em 2018 – ocupando o papel de cuidadora da humanidade, justamente pela cultura patriarcal. De posse dessa realidade, a mulher, com bastante velocidade, vem estudando, adquirindo melhor formação intelectual, e, nessa toada, quebrando essa tradição a partir da reeducação dos filhos e do próprio(a) companheiro(a), (quando há). Hodiernamente, no sentir da autora, a melhor nomenclatura para fa-

3 LIBRAS ou tadoma: comunicação utilizada por surdas(os)-cegas(os).

4 Site do Planalto pode ser acessado em: <http://www2.planalto.gov.br/>

mília é a eudemonista, visto que o seu alicerce é formado – exclusivamente – pelo afeto e solidariedade de um ser humano com o outro, buscando, principalmente, a felicidade, a eudaimonia.

“A partir dessa consciência de igualdade entre os gêneros, a criança, ao chegar à sala de aula e se deparar com um coleguinha com deficiência, não se surpreenderá com a diferença calcada – tão somente – no estereótipo”

Portanto, não mais a cultura do rosa *versus* azul; da boneca, panelinha *versus* caminhãozinho; da mulher no fogão *versus* homem na TV, etc. Nessa quebra de estrutura machista, está começando a ser desconstruída a desigualdade, a qual, ainda hoje, se inicia no seio familiar. A partir dessa consciência de igualdade entre os gêneros, a criança, ao chegar à sala de aula e se deparar com um coleguinha com deficiência, não se surpreenderá com a diferença calcada – tão somente – no estereótipo. Eis o grande *link* entre o feminismo e a pessoa com deficiência.

A mulher com deficiência, à vista disso, precisa ser empoderada e valorizada, já que tem um grande potencial, com as suas iguais sem deficiência, na construção de um Brasil melhor em oportunidades. Um Brasil que esquece/exclui um único ser humano, de longe, pode se anunciar democrático. Há que ser feito um recorte – dentro do recorte de gênero – relativamente às meninas e às mulheres com deficiência, visto que as leis, tampouco as outras formas de políticas públicas, para elas não são cumpridas, respeitadas. Oportuno lembrar que os Centros de Atenção Psicos-

“A mulher com deficiência, à vista disso, precisa ser empoderada e valorizada, já que tem um grande potencial, com as suas iguais sem deficiência, na construção de um Brasil melhor em oportunidades”

“Educar é preciso. Viver é ter a oportunidade de experimentar a condição humana”

social (CAPS) e demais locais para denunciar a violência sofrida por mulheres não estão acessíveis – em todas as nuances – para receber e acolher a mulher com deficiência.

Educar é preciso. Viver é ter a oportunidade de experimentar a condição humana. A sociedade brasileira é, historicamente, injusta e extremamente desigual, porque a Carta da República se preocupou com as diversidades, pluralidades. Assim, para enfrentar as subjetividades foi que se fincou no princípio da solidariedade. Importante registrar que a solidariedade é o sentimento que nos faz humanos. Este está patente, expresso, no seu artigo 3º, o qual se compromete na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, rumo à minimização das desigualdades de todo gênero, bem como proibindo o preconceito e a discriminação. Logo, a solidariedade passou a ser o elo entre sentimento, ação e discurso.

Vale tecer uma retrospectiva legal para elencar os dispositivos descumpridos, tanto da Convenção, quanto da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Lei nº 13.146/2015), destacando-se, de plano, o conceito do desenho universal, previstos em ambos os diplomas legais. Faltam aos administradores o espírito republicano.

Convenção – artigo 2 (definições): “Desenho universal” significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. O “desenho universal” não excluirá as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência, quando necessárias.

LBI – “Art. 3º Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se: (...) II - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva;”

Ante o conceito, descumprido, acima fica claro que os ambientes de atendimento deveriam seguir o desenho universal, justamente com amparo no princípio da solidariedade já mencionado. Não adianta o discurso da inclusão das diversida-

“Não adianta o discurso da inclusão das diversidades se o sentimento e a ação se distanciam deste”

des se o sentimento e a ação se distanciam deste. A Convenção tem um perfil feminista desde o seu preâmbulo, objetivando a igualdade entre os gêneros, como se segue: “q) Reconhecendo que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração”.

Pertinente, também, colacionar os comandos seguintes: “6 – mulheres com deficiência. 1. Os Estados Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, tomarão medidas para assegurar às mulheres e meninas com deficiência o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais. 2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na presente Convenção”.

“Artigo 16 – prevenção contra a exploração, a violência e o abuso 1. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas de natureza legislativa, administrativa, social, educacional e outras para proteger as pessoas com deficiência, tanto dentro como fora do lar, contra todas as formas de exploração, violência e abuso, incluindo aspectos relacionados a gênero. 2. Os Estados Partes também tomarão todas as medidas apropriadas para prevenir todas as formas de exploração, violência e abuso, assegurando, entre outras coisas, formas apropriadas de atendimento e apoio que levem em conta o gênero e a idade das pessoas com deficiência e de seus familiares e atendentes, inclusive mediante a provisão de informação e educação sobre a maneira de evitar, reconhecer e denunciar casos de exploração, violência e abuso. Os Estados Partes assegurarão que os serviços de proteção levem em conta a idade, o gênero e a deficiência das pessoas. 3. A fim de prevenir a ocorrência de quaisquer formas de exploração, violência e abuso, os Estados

Partes assegurarão que todos os programas e instalações destinados a atender pessoas com deficiência sejam efetivamente monitorados por autoridades independentes. 4. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para promover a recuperação física, cognitiva e psicológica, inclusive mediante a provisão de serviços de proteção, a reabilitação e a reinserção social de pessoas com deficiência que forem vítimas de qualquer forma de exploração, violência ou abuso. Tais recuperação e reinserção ocorrerão em ambientes que promovam a saúde, o bem-estar, o auto respeito, a dignidade e a autonomia da pessoa e levem em consideração as necessidades de gênero e idade. 5. Os Estados Partes adotarão leis e políticas efetivas, inclusive legislação e políticas voltadas para mulheres e crianças, a fim de assegurar que os casos de exploração, violência e abuso contra pessoas com deficiência sejam identificados, investigados e, caso necessário, julgados.”

“Artigo 28 – padrão de vida e proteção social adequados – 1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a um padrão adequado de vida para si e para suas famílias, inclusive alimentação, vestuário e moradia adequados, bem como à melhoria contínua de suas condições de vida, e tomarão as providências necessárias para salvaguardar e promover a realização desse direito sem discriminação baseada na deficiência. 2. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à proteção social e ao exercício desse direito sem discriminação baseada na deficiência, e tomarão as medidas apropriadas para salvaguardar e promover a realização desse direito, tais como: (...) b) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência, particularmente mulheres, crianças e idosos com deficiência, a programas de proteção social e de redução da pobreza;”

“Artigo 23 – respeito pelo lar e pela família – 1. Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas para eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência, em todos os aspectos relativos a casamento, família, paternidade e relacionamentos, em igualdade de condições com as demais pessoas, de modo a assegurar que: a) Seja reconhecido o direito das pessoas com deficiência, em idade de contrair matrimônio, de casar-se e estabelecer família, com base no livre e pleno consentimento dos pretendentes; b) Sejam reconhecidos os direitos das pessoas com deficiência de decidir livre e responsabilmente

sobre o número de filhos e o espaçamento entre esses filhos e de ter acesso a informações adequadas à idade e à educação em matéria de reprodução e de planejamento familiar, bem como os meios necessários para exercer esses direitos.

c) As pessoas com deficiência, inclusive crianças, conservem sua fertilidade, em igualdade de condições com as demais pessoas.”

A educação e conscientização dos gestores e sociedade em geral é o ponto central para a promoção da justiça para esse grupo de mulheres. É o que se chama de *acessibilidade atitudinal*, estando previsto no artigo 8 da Convenção de Nova Iorque, como se segue:

“1. Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas imediatas, efetivas e apropriadas para:

- a) Conscientizar toda a sociedade, inclusive as famílias, sobre as condições das pessoas com deficiência e fomentar o respeito pelos direitos e pela dignidade das pessoas com deficiência;
- b) Combater estereótipos, preconceitos e práticas nocivas em relação a pessoas com deficiência, inclusive aqueles relacionados a sexo e idade, em todas as áreas da vida;
- c) Promover a conscientização sobre as capacidades e contribuições das pessoas com deficiência.

2. As medidas para esse fim incluem:

- a) Lançar e dar continuidade a efetivas campanhas de conscientização públicas, destinadas a:
 - i) Favorecer atitude receptiva em relação aos direitos das pessoas com deficiência;
 - ii) Promover percepção positiva e maior consciência social em relação às pessoas com deficiência;
 - iii) Promover o reconhecimento das habilidades, dos méritos e das capacidades das pessoas com deficiência e de sua contribuição ao local de trabalho e ao mercado laboral;
- b) Fomentar em todos os níveis do sistema educacional, incluindo neles todas as crianças desde tenra idade, uma atitude de respeito para com os direitos das pessoas com deficiência;

c) Incentivar todos os órgãos da mídia a retratar as pessoas com deficiência de maneira compatível com o propósito da presente Convenção;

d) Promover programas de formação sobre sensibilização a respeito das pessoas com deficiência e sobre os direitos das pessoas com deficiência.

A LBI, em seu artigo 3, também reproduz o conceito acima, como se verifica:

“IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em: (...)

e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;”

Assim, por meio da conscientização ordenada nos comandos acima, o Ministério da Saúde e demais órgãos estão obrigados a promover o treinamento – com regularidade – de toda a Equipe Multidisciplinar, a fim de que assimilem o tratamento que devem dar às mulheres com deficiência nos CAPS, a contar do acolhimento. Essas mulheres têm especificidades que precisam ser respeitadas e aprendidas pelos profissionais que laborem nos CAPS. Oportuno registrar que esses cursos não oneram de modo impactante o orçamento público, de maneira que configura total repúdio e desprezo as atitudes discriminatórias praticadas por todas e todos que integram a “máquina pública”.

O artigo 9 da Convenção (Decreto 6.949/99) trata com detalhes o tema das acessibilidades, destacando-se o que se segue:

“1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao

público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural. Essas medidas, que incluirão a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, serão aplicadas, entre outros.”

Na LBI esse quesito é de extrema importância para as mulheres com deficiência, visto que integra o rol dos seus direitos fundamentais, está descumprido em seu artigo 3, como se constata: “I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;”.

Ainda na LBI, os gestores descumprem os comandos: “Art.5º A pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante. Parágrafo único. Para os fins da proteção mencionada no caput deste artigo, são considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência”.

“Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.”

“Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.”

“Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico.”

“Assim, é inconcebível os maus-tratos direcionados às mulheres com deficiência decorrentes dos descumprimentos dos preceitos supraelencados de responsabilidade dos administradores. As acessibilidades não que ser concretizadas”

Assim, é inconcebível os maus-tratos direcionados às mulheres com deficiência decorrentes dos descumprimentos dos preceitos supraelencados de responsabilidade dos administradores. As acessibilidades não que ser concretizadas! Óbvio que o bem-estar psicossocial não contempla a mulher com deficiência. Os descumprimentos dos comandos aqui enumerados configuram crime, conforme se verifica nos artigos da LBI que se seguem:

“Art. 88. Praticar, induzir ou incitar discriminação de pessoa em razão de sua deficiência: Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

§ 1º Aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) se a vítima encontrar-se sob cuidado e responsabilidade do agente.

§ 2º Se qualquer dos crimes previstos no caput deste artigo é cometido por intermédio de meios de comunicação social ou de publicação de qualquer natureza:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.”

Diante dos comandos acima, fica solidificado ser a acessibilidade atitudinal (artigo 8 da Convenção) o carro-chefe das acessibilidades (direitos fundamentais), já que somente por meio da conscientização e educação que os crimes elencados na LBI poderão ser evitados. O treinamento e campanhas educativas farão toda diferença para que o princípio da solidariedade – artigo 3º da Constituição da República – seja, verdadeiramente, efetivado. O Ministério da Saúde em 2011 criou o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), o qual é nutrido, sobretudo, pela comunicação formal, oriunda de hospitais públicos e particulares, acerca de investigação de casos de doenças transmissíveis ou não, sendo

facultativo aos Estados e Municípios a inclusão de outras rubricas. No entanto, o gestor público descumpriu o artigo 26, parágrafo único da LBI, vez não ter incluído na coleta de dados o recorte de gênero para abarcar a mulher com deficiência. Não se importou em proceder um recorte dentro do recorte de gênero amparando o grupo da mulher com deficiência.

Nesse levantamento foram computados estupros contra pessoas com deficiência. No entanto, não está claro se referem, tão somente, às mulheres, visto que a expressão utilizada é “pessoas com deficiência”. De 2011 até 2016, conferindo as informações, percebe-se que os registros de estupros para essa parcela da população praticamente dobraram⁵. O levantamento é bastante simples, entretanto, grande parte dos municípios ainda não alimenta devidamente o sistema por total falta de conscientização, educação, quanto às verdadeiras demandas sociais.

Além disso, raros são os casos em que as vítimas chegam aos hospitais, sendo, inclusive, rara sua concordância com o registro das informações. As mulheres com deficiência, por serem desacreditadas pela sociedade e autoridades, bem como por não terem acessibilidade de toda ordem, não buscam socorro, pelo que inexistente esse levantamento para elas relativamente às violências que sofrem. É fundamental sobrelevar a imperfeição da polícia ao proceder às ocorrências de violências contra essas mulheres, por não registrar os dados devidamente desagregados em razão da diversidade dos grupos vitimados. Existe apenas uma anotação genérica de estupro contra vulneráveis, sem que haja a possibilidade da identificação de casos que envolvam crianças, pessoas com deficiência, mulheres com deficiência e idosos.

De toda sorte, pode-se afirmar que o SINAN, ainda que precariamente, identifica e qualifica melhor as pessoas vitimadas, mesmo não procedendo ao recorte de gênero. A atitude do SINAN é um bom começo para alertar os gestores e a sociedade sobre a importância desse levantamento para o desenvolvimento humano das mulheres com deficiência. Por conseguinte, os dados desse sistema hão que continuar a ser colhidos com mais detalhes. O Ministério da Saúde tam-

bém precisa implementar campanhas atitudinais nos Estados e Municípios, para que entendam a importância das informações no sistema.

“o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ministério do Planejamento) realizou um trabalho/estudo sobre a evolução do estupro no Brasil, levando-se em conta: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no SINAN, no período. Nesse lapso de tempo, o IPEA constatou que mais de 10% das pessoas agredidas tinham alguma deficiência física e/ou mental”

Em junho de 2017, baseando-se nos Agravos de Notificação armazenados no SINAN no período de 2011 a 2014, o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ministério do Planejamento) realizou um trabalho/estudo sobre a evolução do estupro no Brasil, levando-se em conta: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no SINAN, no período. Nesse lapso de tempo, o IPEA constatou que mais de 10% das pessoas agredidas tinham alguma deficiência física e/ou mental. Segue o contundente trecho: “Por fim, a caracterização das vítimas de estupro no Sinan trouxe um aspecto duplamente grave. Além da vulnerabilidade das vítimas relacionada à idade (uma vez que 70% delas eram crianças e adolescentes, em 2014), mais de 10% apresentavam deficiências de ordem física ou mental. A tabela 4, além de apresentar o número de vítimas por deficiência, indica outro dado inquietante. Enquanto, em geral, 36,2% das vítimas possuíam um histórico de estupros anteriores, entre as pessoas que apresentavam alguma deficiência, as vítimas recorrentes de estupro eram 42,4%⁶”.

5 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN): normas e manuais técnicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/07_0098_M.pdf>.

6 (CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo Santa Cruz; FERREIRA, Helder. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Rio de Janeiro: IPEA, junho de 2017, p. 20. Disponível em < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf>).

“O IPEA constatou que a violência de gênero constitui um dos grandes problemas da segurança pública no país. Acentua-se que para as meninas e mulheres com deficiência, bem como para todas as pessoas com deficiência, a questão da ausência de segurança pública é patente, ante a falta de interesse nesses segmentos da população”

Assim, o estudo do IPEA é muito chocante, já que a verdadeira extensão das meninas e mulheres com deficiência, vítimas de estupro no Brasil, é bem maior do que o mesmo crime que vitima as mulheres sem deficiência. Produtivo também é transcrever outro trecho do estudo do IPEA: “Os dados chamam a atenção para a gravidade do problema de violência de gênero no país e para a necessidade de se produzirem informações mais acuradas, de modo a possibilitar a elaboração de políticas públicas mitigadoras que envolvam as muitas agências do Estado, sobretudo no campo educacional”⁷. Constata-se, pois, que o gestor já concluiu acerca da precariedade das informações, bem como pela necessidade de educação coletiva. Nota-se que a saída é por meio da conscientização e educação, valendo dizer, da prática de exercícios de acessibilidade atitudinal (artigo 8 da Convenção).

O IPEA constatou que a violência de gênero constitui um dos grandes problemas da segurança pública no país. Acentua-se que para as meninas e mulheres com deficiência, bem como para todas as pessoas com deficiência, a questão da ausência de segurança pública é patente, ante a falta de interesse nesses segmentos da população. Vale sublinhar também que o Ministério do Planejamento começa a reconhecer o terrível fenômeno da invisibilidade que reveste o tema do estupro no Brasil, como registrado a seguir: “Isso

ocorre diante da elevada escassez de dados e informações precisas, o que, por sua vez, é consequência da invisibilidade do fenômeno e da condescendência social com ele, que começou a ser problematizado apenas nos últimos anos⁸”.

Por condição de recorrência do estupro, segundo o tipo de deficiência, as maiores vítimas são as pessoas que possuem as seguintes deficiências: física, mental, visual, auditiva, transtorno mental e transtorno de comportamento. O estudo enumera, genericamente, casos de estupro praticados contra “vítimas deficientes”. Mais uma vez, vale enfatizar que não houve a preocupação com o recorte de gênero, de maneira que não é possível quantificar o número de meninas e mulheres com deficiência que foram estupradas e que necessitariam de atendimento na rede de atendimento contra a violência contra mulheres.

Apropriada é a transcrição da conclusão do produtivo trabalho do IPEA: “Ainda que as informações apresentadas neste trabalho tenham advindo de registros administrativos, o que não permite extrapolar os resultados para o conjunto da sociedade, tendo em vista o problema do viés de seleção discutido anteriormente, os fatos assinalados dão conta da gravidade do problema da violência de gênero no país. Isso aponta para a necessidade de se contar com ações intersetoriais que envolvam não apenas a saúde pública e a polícia, mas também o aparelho de assistência


“Mediante os estudos acima (SINAN e IPEA), é imperativo ético que os locais e serviços públicos no Brasil sejam espaços inclusivos para que possam acolher o grupo das mulheres com deficiência, as quais estão muito mais vulneráveis que as suas pares sem deficiência”

7 CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo Santa Cruz; FERREIRA, Helder. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Rio de Janeiro: IPEA, junho de 2017, p. 29-30. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf>.

8 CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo Santa Cruz; FERREIRA, Helder. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Rio de Janeiro: IPEA, junho de 2017, p. 7. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf>.

social e, sobretudo, o sistema educacional, para que se possa superar essa face cruel de nossa realidade, resquício de uma sociedade arcaica⁹”.

“Afinal, a felicidade é o núcleo do princípio da dignidade da pessoa humana”

Mediante os estudos acima (SINAN e IPEA), é imperativo ético que os locais e serviços públicos no Brasil sejam espaços inclusivos para que possam acolher o grupo das mulheres com deficiência, as quais estão muito mais vulneráveis que as suas pares sem deficiência. Convém lembrar que o Bloco de Constitucionalidade soma-se ao movimento mundial em prol de igualdade e não discriminação, pelo que o Estado há que sanar os apontados descumprimentos aos preceitos fundamentais denunciados no presente artigo. Finalmente, imprescindível é registrar neste artigo que gestores e sociedade interpretam a deficiência como sendo uma desgraça, tragédia, pessoal, quando, na verdade, a tragédia, calamidade, decorre da ineficiência social, a qual culmina na desvalorização do outro. O real Estado Democrático de Direito dá estímulo ao diálogo, respeita as diversidades oferecendo-lhes iguais oportunidades para que encontrem a eudaimonia. Afinal, a felicidade é o núcleo do princípio da dignidade da pessoa humana. 

9 CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo Santa Cruz; FERREIRA, Helder. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Rio de Janeiro: IPEA, junho de 2017, p. 29-30. Disponível em < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf>.

(Des)Institucionalização de Pessoas com Deficiência

Livia Felipe Dalberto

Psicóloga, Analista Técnica do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP SP

Atuo como Psicóloga Analista Técnica do CRP SP desde 2012, exercendo atividades relacionadas a orientação, fiscalização e ética profissional.

Minha participação no evento foi proposta tendo em vista algumas fiscalizações realizadas entre 2016 e 2018, em instituições que se denominavam residências terapêuticas, localizadas em municípios da abrangência da Subseção de Campinas do CRP SP, que tinham como público-alvo pessoas com transtorno do espectro do autismo. As fiscalizações foram solicitadas pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, tendo em vista que eram locais onde havia a atuação de psicólogas e notícias de possíveis irregularidades no atendimento aos usuários dos serviços.

A partir das entrevistas com as psicólogas, foram relatadas atividades da Psicologia, como a realização de anamnese com as famílias, auxílio na organização de rotinas (incluindo o trabalho com atividades de vida diária), atividades lúdicas em grupo e individuais, oficinas com foco em produções relacionadas a datas comemorativas, acompanhamento de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, orientações a outros profissionais das instituições e às famílias.

Além das atividades das psicólogas, buscou-se compreender a dinâmica das instituições, tendo sido verificado que o critério para admissão era o diagnóstico do que denominavam "autismo severo". Eram descritas como características dos usuários dos serviços dificuldades na fala, automutilação, crises compulsivas e agressividade. Em relação à faixa etária, algumas instituições ti-

nam adolescentes, mas a maioria do público era de adultos. Não havia tempo previsto de permanência nas instituições e foi relatado que a perspectiva era constituir uma residência de caráter permanente em que os usuários teriam assistência multiprofissional, portanto, sem perspectivas ou planejamento visando à (re)inserção social e na família, de modo que o argumento usado era de que as famílias dificilmente conseguiam conviver e lidar com os comportamentos severos.

Sobre o contato com a família, uma instituição informou que caso as famílias tivessem a perspectiva de que o usuário retornasse para casa, a instituição ofereceria um trabalho voltado a esta finalidade, mas que a maioria das famílias não demonstrava esse interesse. Já o psicólogo de outra instituição relatou que o trabalho com as famílias ocorria apenas se houvesse necessidade. Por exemplo, se fosse necessário realizar novos exames médicos, ou para informar algo sobre o tratamento.

Um aspecto comum às instituições era que a maioria se localizava em meio de sítios e chácaras, estando isoladas de centros que possibilitassem uma convivência mais próxima entre as pessoas. Algumas instituições informaram que eram feitos passeios em meio externo, mas que dependia de cada caso, da severidade dos comportamentos e da autonomia dos usuários. A psicóloga de uma das instituições informou que não era realizado um trabalho estruturado para saídas com os usuários, mas esporadicamente saía com um deles para uma volta no quarteirão, porque apresentava um "comportamento mais tranquilo".

Em nenhuma instituição os usuários estudavam ou trabalhavam e havia administração medicamentosa em todas as instituições, e em uma delas o psicólogo informou que o efeito da medicação poderia durar por até 70 horas. As instituições não estavam vinculadas à rede pública de Saúde de forma sistematizada e, quando se fazia necessário, os usuários eram atendidos no Pronto Socorro, de forma pontual, ou eram encaminhados para médicos particulares, para os que possuíam convênio com plano de saúde. Quanto à formação e experiência na área, a psicóloga de uma das instituições não possuía capacitação teórica/técnica ou experiência no trabalho com pessoas com deficiência, e relatou que percebia irregularidades na instituição, mas não sabia como melhorar a situação.

Outro fator comum observado foi que todas as instituições tinham usuários de outras cidades e até de outros Estados. Em relação às visitas das famílias, a maioria das instituições informou que não era necessário agendar horário, mas em uma das instituições o agendamento com antecedência era obrigatório, e, além disso, era estipulado o tempo de duração da visita. De acordo com o psicólogo de uma instituição, algumas famílias deixavam de visitar os usuários e informou que acreditava que a desinstitucionalização era "utópica" e que o trabalho era voltado para a melhoria da qualidade de vida.

Assim, tendo em vista essas informações, destacam-se algumas diretrizes do Código de Ética Profissional da(o) Psicóloga(o):

Princípios Fundamentais


I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 1º - São deveres fundamentais dos psicólogos:

b. Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente;

Art. 3º - O psicólogo, para ingressar, associar-se ou permanecer em uma organização, considerará a missão, a filosofia, as políticas, as normas e as práticas nela vigentes e sua compatibilidade com os princípios e regras deste Código.

Parágrafo único: Existindo incompatibilidade, cabe ao psicólogo recusar-se a prestar serviços e, se pertinente, apresentar denúncia ao órgão competente. 

Carla Fernandes Carvalho

Psicóloga, membra da Comissão Gestora da Subseção de Campinas do CRP SP e membra do Núcleo Psicologia e Deficiência do CRP SP.

27

Vou traçar algumas reflexões a partir das pontuações da Livia Felipe Dalberto. Eu estava entrando na comissão gestora da subseção de Campinas, quando a Livia e nossa outra acompanhante terapêutica estavam fazendo as fiscalizações. Eu participei diretamente de uma delas, e estive em todas as discussões e reflexões que fizemos a partir desse trabalho. Posteriormente, realizamos uma reunião com o Ministério Público a fim de apresentar algumas dessas reflexões que trarei.

O primeiro ponto a se colocar é que essas instituições se denominaram Residenciais Terapêuticos. De acordo com a Portaria N° 3.090/2011, do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos devem se manter como unidades de moradia, inseridos na comunidade, estando vinculados à rede pública de serviços de Saúde. Além disso, o caráter fundamental é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. Como dito, observou-se que as instituições não estão vinculadas à rede pública de Saúde de forma sistematizada, estando os usuários vinculados à rede privada ou a equipamentos de pronto atendimento em momentos de urgência, sem o cuidado contínuo em saúde. Bem como não trouxeram projetos bem estruturados de convívio social, resgate de cidadania ou reconstrução de possíveis laços familiares.

Atualmente, contamos com legislação que visa garantir a plena e efetiva participação e inclusão das pessoas com deficiência na sociedade, a partir dos direitos assegurados pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e pela

“Além disso, o caráter fundamental é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares”

Lei Brasileira de Inclusão (LBI). Conforme estabelece a LBI em seu artigo 31: “A pessoa com deficiência tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, com seu cônjuge ou companheiro ou desacompanhada, ou em moradia para a vida independente da pessoa com deficiência, ou ainda, em residência inclusiva”. E a Convenção apresenta, em seu artigo 19, que as pessoas com deficiência devem ter acesso a uma variedade de serviços em domicílio ou em instituições residenciais a fim de que sejam incluídas na comunidade e evitar que fiquem isoladas ou segregadas.

O convívio social não se configurou como projeto efetivo das instituições. Em geral, as instituições colocaram como argumentos para a dificuldade ou impossibilidade de convívio social a deficiência de seus usuários. Em uma delas, a profissional relatou que “quando estavam mais bonzinhos, eles conseguiam sair para dar uma volta no quarteirão”, quando estavam “mais nervosinhos” não saíam. Ou seja, inverte-se a lógica e coloca-se no sujeito, no organismo do su-

“E a Convenção apresenta, em seu artigo 19, que as pessoas com deficiência devem ter acesso a uma variedade de serviços em domicílio ou em instituições residenciais a fim de que sejam incluídas na comunidade e evitar que fiquem isoladas ou segregadas”

jeito, a limitação, e não na própria instituição. Os usuários são apresentados a partir de um olhar patológico no qual eles precisariam primeiro ser normalizados, antes de ter a convivência social e familiar garantida.

O trabalho terapêutico e multiprofissional apresentado por algumas instituições não nos parece ser nem para a reabilitação, a fim de se alcançar dada normalidade, como nos é apresentado no modelo médico. O trabalho parece ter como fim o controle de comportamento, a fim de ficarem mais palatáveis para o cotidiano institucional, que é o que as profissionais falam de eles ficarem mais “tranquilos”. Não são vistas perspectivas para maior autonomia ou reinserção familiar. Foram depositados e desacreditados no local.

“E a questão que fica é, por que ela está aberta sem ter o número adequado que permita o convívio social e participação plena como está prevista nas leis para as pessoas com deficiência e na lei que apresenta os parâmetros da Residência Terapêutica?”

Também nos é trazido como argumento para esse isolamento que precisariam de um número maior de profissionais que permitisse a saída do local. Mas será que a estruturação da instituição foi pensada com esse fim? Porque se a inserção social não é prioritária ou vista como algo possível, não se constitui uma prioridade o número adequado de profissionais para esse fim. E a questão que

fica é, por que ela está aberta sem ter o número adequado que permita o convívio social e participação plena como está prevista nas leis para as pessoas com deficiência e na lei que apresenta os parâmetros da Residência Terapêutica?

Outra questão é que a LBI traz em seu artigo 11 que “a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter à intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”. E em seu artigo 12 traz que “o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica” e, por fim, a LBI traz em seu parágrafo 1º que “em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento”. Não conseguimos verificar primeiramente se há uma triagem para obtenção segura do diagnóstico das pessoas com deficiência, não nos foram apresentados os documentos dos usuários. Como não nos mostraram documentos, não fiquei segura de que todas as pessoas ali de fato possuem um diagnóstico ou uma avaliação que permita o entendimento das necessidades reais daqueles sujeitos. E na instituição em que estive não sabiam dizer se todos possuíam curatela.

E aí fica a questão, se não há curatela, eles participaram da decisão de serem depositados naquele lugar, muitas vezes em Estados diferentes de seus familiares? Quanto deles participaram, cada um dentro de suas possibilidades, dessa decisão? Também não nos foi apresentado um projeto terapêutico que visasse uma possível desinstitucionalização, a partir do trabalho para a autonomia de seus usuários e do trabalho com as famílias e com a comunidade. O trabalho com familiares em geral era feito a partir do pedido da família ou de alguma necessidade específica, mas não encontramos algum planejamento para esse resgate de vínculos ou algum discurso onde esse resgate fosse apresentado como possível.

Além disso, a instituição não possui parceria com outras políticas públicas que possibilitem autonomia e participação social e familiar, como as políticas de Saúde, Educação, Trabalho e Assistência Social. Não encontramos pessoas com deficiência que trabalhassem ou estudassem. Hoje, mais do que nunca, a escola é um direito de todos e se constitui uma violação os adolescentes não frequentarem a escola. Para os adultos que não

estudaram, temos os supletivos, que devem ser inclusivos, e temos as cotas e ações, como Emprego Apoiado, na busca de assegurar a inserção no mercado de trabalho.

Também encontramos pessoas que foram institucionalizadas fora de sua cidade ou até de seu Estado. Cabe ressaltar que, ao se institucionalizar uma pessoa com deficiência em outra cidade e, principalmente, em outro estado, tal fato aumenta a fragilização dos vínculos, contribuindo para um rompimento total. Outra questão que podemos levantar é se essas famílias estão sendo acompanhadas em suas cidades por equipamentos como o CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social) da política de assistência social, para que esses vínculos possam ser trabalhados por profissionais mais próximos dessas famílias.

“É importante colocarmos que nós contamos com Residência Inclusiva, que, segundo publicação do Ministério do Desenvolvimento Social de 2014, é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar”

Bom, a partir de todas esses questionamentos, é importante colocarmos que nós contamos com Residência Inclusiva, que, segundo publicação do Ministério do Desenvolvimento Social de 2014, é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou

de retaguarda familiar. São residências adaptadas, com estrutura física adequada, localizadas em áreas residenciais na comunidade. O nome Residência Inclusiva indica essa diretriz, de romper com a prática do isolamento, de mudança do paradigma de estruturação de serviços de acolhimento para pessoas com deficiência em áreas afastadas ou que não favoreçam o convívio comunitário. As Residências Inclusivas têm como finalidade propiciar a construção progressiva da autonomia e do protagonismo no desenvolvimento das atividades da vida diária, a participação social e comunitária e o fortalecimento dos vínculos familiares com vistas à reintegração e/ou convivência, atuando de forma articulada com a rede territorial.

“O nome Residência Inclusiva indica essa diretriz, de romper com a prática do isolamento, de mudança do paradigma de estruturação de serviços de acolhimento para pessoas com deficiência em áreas afastadas ou que não favoreçam o convívio comunitário”

Muitas vezes, a institucionalização se dá por um sofrimento da família, que pode ser criado ou acentuado pela precariedade de políticas públicas que lhes dê suporte efetivo. Então, tendo em vista que a institucionalização deve se configurar como medida de excepcionalidade, em último caso, estão previstos na Política de Assistência Social serviços para pessoas com deficiência que têm por objetivo prevenir o rompimento de vínculos familiares e que também possibilitam a desinstitucionalização, devido ao suporte que fornecem às famílias. Um desses é o Serviço de Proteção Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas, que tem por finalidade a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários.

E o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, que tem por objetivo ofertar atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos. Esta última pode ser ofertada em domicílio. Temos esse serviço na cidade de Cam-

pinas, eu mesma referenciei algumas famílias, e observei que o serviço possibilitou mudanças efetivas na vida da pessoa com deficiência, pois nesse serviço um cuidador vai diariamente à casa dessa família dar apoio ao familiar cuidador. Seja na organização e limpeza da casa, no preparo da alimentação, seja para dar suporte para que a família consiga levar essa pessoa que tem uma deficiência mais grave aos serviços de saúde, e auxiliar a pessoa com deficiência para que essa tenha garantido o convívio comunitário ou familiar. Como fornecem esse suporte ao cuidador, esse consegue ter um momento de cuidado para si, diminuindo a sobrecarga e fortalecendo esse vínculo e esse cuidado. Ao mesmo tempo, pode-se trabalhar com a pessoa com deficiência atividades de vida diária ou auxiliar a família para que essa pessoa consiga ter mais autonomia em suas atividades do cotidiano.

“E o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, que tem por objetivo ofertar atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos”


Esse Serviço de Proteção Social Especial também pode ser ofertado no formato de Centro-Dia de Referência para pessoas com deficiência, que oferta durante o dia os cuidados pessoais a pessoas com deficiência com dependência para os cuidados. Esse serviço também possibilita que o cuidador tenha um momento para si, ao mesmo tempo em que se pode trabalhar a autonomia e inserção social do seu público. Ainda temos muito a avançar na organização e execução desses serviços, porém a implantação desses já indica um avanço significativo, e precisamos avançar também na ampliação da oferta desses serviços, além de sua qualificação.

Entendo, então, que o caminho é o fortalecimento de políticas públicas. Pois enquanto não fortalecermos as políticas públicas que comba-

“Entendo, então, que o caminho é o fortalecimento de políticas públicas. Pois enquanto não fortalecermos as políticas públicas que combatam a exclusão e o isolamento social, abriremos caminho para o interesse capitalista de algumas instituições que visam somente ao lucro, porque essa é uma área lucrativa, o valor pago por famílias e pelo poder público é significativo”

tam a exclusão e o isolamento social, abriremos caminho para o interesse capitalista de algumas instituições que visam somente ao lucro, porque essa é uma área lucrativa, o valor pago por famílias e pelo poder público é significativo. E, quando se visa somente ao lucro, o isolamento está garantido, pois é assim (com isolamento e rompimento de vínculos familiares e comunitários) que se garante uma renda contínua; quanto mais se isola, por mais tempo, se lucra.

Outro problema que precisamos enfrentar é que a institucionalização deveria acontecer nos moldes trazidos pela Convenção, LBI e Política de Assistência, e em casos excepcionais, pois nós temos outros equipamentos previstos para se evitar essa situação. Todavia, pela ausência, pelo baixo número ou precariedade desses outros equipamentos, aumentam-se os pedidos de inserção em residências inclusivas, que podem até substituir as clínicas, mas acabam não substituindo a prática de se institucionalizar. E, dentro dessa problemática, ainda temos o fenômeno da judicialização, no qual situações que poderiam ser evitadas, pelo acompanhamento da família e pelo cuidado à pessoa com deficiência, acabam indo parar no judiciário. E, no fim, muitos sujeitos são postos em clínicas particulares, ou seja, a judicialização tem por fim o isolamento e a exclusão.

É urgente a efetivação dessa política inclusiva, humanizada, não discriminatória, que garanta o respeito à diferença, à singularidade e à integridade dos sujeitos. Cada município deve se responsabilizar pela efetiva implementação das políticas que garantam os direitos da pessoa com deficiência, já consolidados pela Convenção e pela LBI. Muito obrigada. 

Rodrigo Fernando Presotto

Psicólogo, Conselheiro e Coordenador
da Subseção de Campinas do CRP SP

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer às organizadoras desse evento pelo convite e dizer que me sinto lisonjeado e privilegiado por poder participar deste debate tão relevante do ponto de vista da atuação profissional para o campo da saúde mental e do ponto de vista dos direitos e cuidados das pessoas com deficiência. O tema de nossa mesa é “(Des) Institucionalização de Pessoas com Deficiência” e gostaria de introduzir minha fala dizendo que ela foi construída a partir de diferentes lugares, pois, neste momento, sou conselheiro do Conselho Regional de Psicologia do estado de São Paulo (CRP SP), sou profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) e sou militante da Luta Antimanicomial.

No SUS, atuo em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e também sou integrante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que lutou pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e atualmente luta pela continuidade da implantação dos serviços de saúde mental de base comunitária e antimanicomiais que, depois da portaria 3088/2011, a maioria, nomeamos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Pode-se dizer que esse processo foi iniciado no final da década de 1980, quando teve lugar a transformação do modelo assistencial em saúde mental em nosso país.

Sendo assim, um primeiro aspecto que quero destacar é histórico e remonta há quase quatro séculos no chamado período da Grande Internação que ocorreu no continente europeu, mais precisamente nos países da Europa Ocidental, que até hoje seguem sendo modelo para nosso desenvolvimento social e econômico. Nessa época iniciou-se, devido a mudanças econômicas e

sociais ocorridas devido à revolução industrial, o processo de confinamento dos chamados desviantes, pessoas que não se adaptavam ao modelo socialmente construído a partir dessa etapa da ascensão capitalista. Essas pessoas eram internadas pelo Estado ou com a conivência deste em grandes instituições. Pessoas consideradas com transtornos mentais (chamadas loucas), andarilhas, povos nômades (como ciganos), homossexuais, portadoras de doenças tidas como incuráveis à época, como a hanseníase (na época chamada lepra), e com certeza pessoas com algum tipo de deficiência. O que quero destacar é que essa época marcou o início da criação das instituições asilares, dentre elas, os manicômios, onde as pessoas não aceitas socialmente eram condenadas a permanecer para o bem-estar da sociedade vigente, que não os tolerava circulando livremente por suas cidades.

Pois bem, é esse modelo que no início do século XX vem influenciar a criação dos grandes hospitais psiquiátricos brasileiros. Nossos manicômios ou hospitais de alienados, que, no início dos anos 1900 até o final da década de 1980, serviram também como depósito de desviantes da sociedade brasileira. Pessoas negras, mulheres divorciadas, usuários(as) de drogas, pessoas com transtornos mentais, imigrantes, mulheres escravas e gestantes acusadas de estarem loucas por estarem esperando filhas(os) de seus patrões ou homens casados, pessoas com deficiência, principalmente aquelas com algum tipo de déficit cognitivo, entre outros.

Uma obra que foi marco para contar exemplos de nossa trágica história é o “Holocausto Brasileiro”, da jornalista mineira Daniela Arbex,

“O capítulo dessa história que quero salientar, levando em consideração o contexto do nosso debate, é qual a razão de pessoas com deficiência ou pessoas com transtorno do espectro autista estarem internadas em manicômios?”

que retrata a história do hospital psiquiátrico A Colônia de Barbacena (MG), onde foram registradas mais de 60 mil mortes de pessoas internadas. O capítulo dessa história que quero salientar, levando em consideração o contexto do nosso debate, é qual a razão de pessoas com deficiência ou pessoas com transtorno do espectro autista estarem internadas em manicômios? Essas pessoas não têm doença, têm uma condição e enquanto cidadãos e cidadãs necessitam de todo tipo de apoio, estímulo e não internação. Atividades e ações que envolvam acesso a bens educacionais e culturais, atividades esportivas, de lazer, oportunidade profissional e de convívio social.

Portanto, a situação demonstra ser ainda mais grave quando, hoje, 2018, como relatado pelas colegas que me precederam a fala, encontramos em fiscalizações do CRP ou fiscalizações do próprio Sistema de Justiça, devido a denúncias de violações de direitos humanos, pessoas com deficiência vivendo em instituições asilares ou, o que é pior, o ressurgimento de instituições asilares para pessoas com deficiência e leitos em hospitais psiquiátricos para essa população subsidiados pelo governo do estado de São Paulo, com a convivência dos governos municipais e federal.

Enquanto profissional de saúde, posso dizer que temos recursos no SUS para atender a essa população em vez de encaminhá-la para internação. Apesar dos problemas de infraestrutura e falta de capacitação profissional que ainda encontramos na rede pública de saúde, devido ao seu subfinanciamento e sucateamento. Para ilustrar o que digo, quero trazer alguns exemplos de como é possível pensar o cuidado a partir do território. Atuo na atenção básica à saúde (ABS) em um Centro de Saúde (CS), que tem quatro equipes de saúde da família. Parte das minhas atribuições profissionais e de todas(os) psicólogas(os) que trabalham na atenção básica é realizar visitas domiciliares à população do território.

Pois bem, foi em uma dessas visitas a um senhor com mobilidade reduzida devido a sequelas de um acidente vascular cerebral (AVC) que conheci um homem de 42 anos, enteado desse senhor, perambulando pela casa, agachado pelos cantos, amistoso, porém, fazendo muito pouco contato conosco. Resolvi me informar com sua mãe, a esposa do senhor a que visitávamos, que contou que seu filho tinha transtorno do espectro autista e vivia na casa com eles. Ela nos contou que nos primeiros dez anos de vida do rapaz eles o levaram a inúmeras instituições para buscar acompanhamento e como resposta obteve sucessivas recusas e, após isso, ela, exausta e desacreditada, preferiu cuidar dele em casa e, desde então, esse homem não teve nenhum tipo de acompanhamento específico, sequer chegou a frequentar instituições especializadas no atendimento a pessoas com deficiência e muito menos qualquer tipo de escola.

Aos 42 anos, ele era um fantasma, sem registro inclusive no CS que o atendia. Só encontramos registros de seu atendimento em serviços de urgência, quando ele necessitou. A família não recebeu, ao longo desses anos, qualquer tipo de orientação ou suporte para saber sobre como proceder para providenciar os direitos sociais básicos de seu familiar como uma pessoa com transtorno do espectro autista, mantendo-o recluso, invisível socialmente. Com o auxílio da equipe do Centro de Referência da Pessoa com Deficiência (CRPD) de Campinas, iniciamos visitas periódicas a essa família e hoje essa família é assistida por programas da política assistencial social e esse homem está sendo inserido em instituição para atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista. Levou aproximadamente 2 anos para todo esse ciclo se efetivar, contudo, estamos falando de alguém que há 42 anos nunca havia tido essa possibilidade e, com a articulação dos serviços, conseguiu acessar seus direitos. Então, o que são 2 anos de espera se comparados a 42? Alguém tem alguma dúvida de que valeu a pena apostar nisso? Eu, não.

O segundo caso que gostaria de partilhar com vocês trata-se de outro homem que conheci também em visita domiciliar, quando fui acompanhar uma das equipes e profissionais do programa de residência em saúde mental e saúde coletiva do CS, para aplicação de uma vacina. Esse homem, segundo relatos, tinha algum tipo de deficiência e era bastante agitado, por isso não conseguia ir até a unidade para tomar a vacina.

Colegas da equipe relataram que se sentiam muito inseguros para realizar qualquer tipo de procedimento ou exame com ele por temerem sua suposta agressividade.

Foi nesse contexto que nos dirigimos à casa desse rapaz. Lá, ele residia com avó e tio paternos. Chegado à casa, nos pusemos a chamar e anunciar que havíamos chegado, batemos palmas e chamamos em voz alta. Após isso, deu-se o inesperado. Começamos a ouvir murmúrios e sons vocálicos que não conseguíamos reconhecer. Com esses sons começamos a ouvir sucessivas batidas muito fortes na janela da casa. Estávamos visivelmente tensos. Porém, decididos a entrar. Ao entrar, os sons estavam mais altos, ao invés de murmúrios seguiam somente as vocalizações em voz alta e, ao invés de batidas na janela, agora eram na porta do quarto. Conhecemos sua avó que nos recepcionou de forma acolhedora e, com gratidão, buscou nos tranquilizar dizendo que apesar da agitação seu neto não era agressivo.

Parte da equipe quis desistir, mas entramos no quarto. Ao entrar no quarto, nos deparamos com um homem com uma espécie de macacão que unia por costura bermuda e camiseta e, aparentemente, tão tenso como nós. Iniciamos o primeiro contato e fomos bem-sucedidos. Nada complexo, apenas oferecemos afeto. Ao sinalizar com as mãos, ele se interessou e se lançou sobre mim. Terminamos por sentar no chão, eu e ele, e ele pôs-se no meu colo ansiando por carinho e assim o fiz. Enquanto o acariciava, pudemos reparar que o ambiente não possuía nenhuma mobília além da cama de cimento, o colchão e um guarda-roupa. A janela tinha grades, o piso era frio e a porta, que permanecia fechada o tempo todo, tinha um visor para que ele pudesse espiar o lado de fora. Para nós, a imagem de um cárcere, impactante. Iniciamos conversa com sua avó, que nos explicou que nos primeiros 15 anos de vida do rapaz eles buscaram instituições públicas e privadas que pudessem incluí-lo em atividades de estimulação, educação, convivência social e cuidado, entretanto, uma após uma, a família amargou negativas. Seus pais haviam se separado, sua mãe sumiu sem dar notícias e o pai, que morava na redondeza, raramente vinha a casa visitá-lo a não ser depois de muita insistência de sua mãe, avó do rapaz que estávamos atendendo.

Contou também que, quando ele tinha 15 anos aproximadamente, a avó começou a se sen-

tir incapaz de levá-lo a serviços de saúde para atendimento. E que ele ficava muito agitado em ambiente com muitas pessoas e também que, às vezes, resolvia sentar-se onde estivesse e recusando-se a levantar e ela não tinha mais forças, por ser idosa, para conseguir transportá-lo. Conclusão: por aproximadamente 17 anos, o rapaz passou confinado em seu quarto somente saindo para cuidados básicos de higiene. Em seu histórico, ainda chegou a ser internado em Hospital Psiquiátrico do interior do estado de São Paulo, onde segundo sua avó, passou apenas alguns meses, porém, o suficiente para que após visita, em que o encontrou emagrecido e visivelmente mal tratado, solicitasse alta pedida e o trouxesse de volta a Campinas com medo de que ele morresse abandonado à própria sorte no manicômio.

Novamente, refaço a pergunta de por que um rapaz que sequer teve a oportunidade de acessar serviços que pudessem estimulá-lo com família, que segundo a avó, jamais teve suporte para cuidar do rapaz, foi internado no manicômio? Esse rapaz chegou a ser atendido também por terapeuta ocupacional do próprio centro de saúde, que, segundo a avó, colaborou muito, todavia, quando ela deixou de trabalhar na unidade o acompanhamento foi interrompido. Quanto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região, nos exaurimos de pedir parceria. Como resposta, ouvíamos que ele não tinha "perfil" para ser inserido no serviço sem nem ao menos ser avaliado. Segunda conclusão: nós e a família encontrávamo-nos sozinhos.

Iniciamos seu acompanhamento com visitas semanais e apostamos no acompanhamento terapêutico (AT) como ferramenta. Gradativamente, o incentivamos a se apropriar do espaço da casa, foram muitas semanas, pouco a pouco fazíamos progressos. Após seis meses de visitas, uma vez por semana, conseguimos que ele saísse da casa conosco para os primeiros passos fora de casa. Com pouco tônus muscular nas pernas, iniciou de forma tímida e descoordenada seus primeiros passos e logo se cansou, precisou sentar-se diversas vezes, mas o ajudamos a levantar e seguimos tentando. As pessoas da vizinhança quando o viram se emocionaram. Crianças que só o conheciam de ouvir falar o conheceram e pessoas que o conheceram ainda criança, voltaram a vê-lo depois de muitos anos. Nós todos nos emocionamos.

Apesar desse avanço, o passo decisivo na história desse rapaz e família foi somente dado

“Essa história ainda continua até os dias de hoje e ela reflete o quanto o processo de exclusão dessas pessoas é profundo em nossa sociedade, o quanto o Estado e a sociedade civil são negligentes e como também a formação de profissionais é insuficiente e até, por vezes, conivente com processos de abandono de pessoas com deficiência e suas famílias”

após fazermos discussão do caso com o Centro de Referência da Pessoa com Deficiência (CRPD) de Campinas e serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Nossa cidade é privilegiada em ter um serviço como esse dentro da Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Cidadania, mesmo que em sua equipe técnica somente haja uma psicóloga e uma assistente social para uma cidade de aproximadamente um milhão e duzentas mil pessoas. Após a inserção do CRPD no caso, foi realizada visita domiciliar conjunta com nossa equipe. O rapaz e sua família foram inseridas em programa da assistência social de cuidadores e passaram a contar com a visita de cuidadores duas vezes por semana e o rapaz foi encaminhado novamente para serviço especializado no atendimento a pessoas com deficiência.

Essa história ainda continua até os dias de hoje e ela reflete o quanto o processo de exclusão dessas pessoas é profundo em nossa sociedade, o quanto o Estado e a sociedade civil são negligentes e como também a formação de profissionais é insuficiente e até, por vezes, conivente com processos de abandono de pessoas com deficiência e suas famílias. Enquanto representante do CRP SP, eu entendo que é nossa responsabilidade enquanto órgão profissional fomentar esse debate, pois, psicólogas(os) também constantemente avaliam pessoas como as do meu relato e fecham seus olhos para sua responsabilidade no cuidado, acolhimento ou encaminhamento dessa população. Por incompetência ou negligência, fazemos parte desse circuito que gera processos de institucionalização em instituições inaptas para o atendimento a essas pessoas, como hospitais psiquiátricos e asilos para pessoas com deficiência, ou gera exclusão e abandono das pessoas como as exemplificadas na minha fala.

Para encerrar, reafirmo que precisamos aprofundar o processo de integração entre as diferentes políticas públicas, instituições, organizações da sociedade civil e movimentos sociais, pois a mudança desse cenário depende da colaboração de todas e todos. A lógica manicomial não está somente dentro dos hospitais psiquiátricos, ela está também dentro cada uma e cada um de nós, no momento em que, em vez de enfrentar o desafio de produzir articulação de cuidado em rede para lidar com situações complexas, escolhemos lavar nossas mãos e achamos que nos eximimos da responsabilidade desse processo de violência. É nesse momento que o manicômio em nós opera, pois, quando nos desresponsabilizamos, as instituições asilares e manicomiais estarão sempre prontas. Sem nenhum escrúpulo, seus agentes irão afirmar que institucionalizar, asilar, internar é a solução para o que nossa sociedade ainda não conseguiu dar conta e/ou não quer entrar em contato, por saber que nós mesmos somos parte do problema e definitivamente parte da solução. 🗣️

“Para encerrar, reafirmo que precisamos aprofundar o processo de integração entre as diferentes políticas públicas, instituições, organizações da sociedade civil e movimentos sociais, pois a mudança desse cenário depende da colaboração de todas e todos. A lógica manicomial não está somente dentro dos hospitais psiquiátricos, ela está também dentro cada uma e cada um de nós, no momento em que, em vez de enfrentar o desafio de produzir articulação de cuidado em rede para lidar com situações complexas, escolhemos lavar nossas mãos e achamos que nos eximimos da responsabilidade desse processo de violência”

As instituições asilares para pessoas com deficiência no Brasil

Antonio Carlos Munhoz

Ex-Secretário Adjunto da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência de São Paulo. Atualmente assessor técnico para assuntos de mobilidade e acessibilidade para pessoas com deficiência na empresa SPTRANS

O problema e sua relevância

O que chamamos de instituições asilares?

Sob a designação de instituições asilares para pessoas com deficiência existe uma grande variedade de estabelecimentos, incluindo até instituições que não se destinam exclusivamente a pessoas com deficiência. São exemplos dessas instituições de caráter asilar, o hospital de retaguarda, o hospital psiquiátrico, o asilo e os lares para excepcionais, todos caracterizados por serem estabelecimentos de internação de longa permanência, para um grande número de pessoas, com rotinas e práticas normatizadas e inflexíveis, muito semelhantes entre si.

Alguns casos recentes encontrados na imprensa. Temos como exemplos as manchetes: *Deficiente que vivia em galinheiro é encaminhado à Fundação de Apoio a pessoa com Deficiência (Fundap) em João Pessoa*, na descrição estava escrito "O deficiente mental Roberto Félix de Meireles, de 35 anos, que era mantido trancado em um galinheiro pela família na zona Rural do município de Pilõezinhos, no Brejo paraibano, recebeu pela primeira vez em anos atendimento especializado no Centro de Atendimento Psicossocial – Caps do município".

Polícia Civil e Vigilância Sanitária fecham abrigo de deficientes mentais, na descrição escrito "30 pessoas viviam no asilo em Luziânia (GO). Uma mulher morreu no último domingo e estaria acomodada em um quarto escuro e sem ventilação". E também *Deficientes mentais são tratados como bichos em abrigo do Rio*, "O mau cheiro é muito forte e os casos de sarna são frequentes. Não há chuveiros. Banhos somente com baldes". Conhe-

cendo essa realidade, sobre as pessoas com deficiência institucionalizadas no Brasil, é possível denominá-la incipiente.

Estudo sobre pessoas com deficiência em instituições asilares no estado do RJ.

Este estudo identificou, no universo pesquisado, 65 instituições, entre privadas e públicas, de pequeno, médio e grande porte, classificadas em abrigos, hospitais e clínicas de reabilitação, que atendem de crianças a idosos com deficiência em regime de longa permanência¹.

Censo Psicossocial

O Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde e FUNDAP – Fundação para o Desenvolvimento Administrativo, em 2008, comprova essas observações². Considerando que a realidade das instituições asilares no Brasil, é desconhecida quase que completamente, é tarefa urgente realizar estudos e pesquisas que visem ao levantamento dessa situação-problema.

Censo Institucional

Considerando essa realidade, faz-se absolutamente urgente que se realize um Censo Institucional para conhecimento dessa realidade, hoje subterrânea no Brasil, para a posterior estruturação e implementação de políticas públicas que visem à desinstitucionalização das pessoas com deficiência em situação de asilamento, assim

1 De volta à cidadania – Instituto Franco Basaglia.

2 www.saude.sp.gov.br.

“É fundamental que os profissionais e gestores da política de assistência social se debrucem sobre as razões apresentadas para a institucionalização de pessoas com deficiência no sentido de atender a necessidades dessas famílias com uma perspectiva de prevenir o asilamento”

como políticas públicas de apoio às famílias para a prevenção do asilamento, de apoio à vida independente e de Residências inclusivas.

Esse modelo de asilamento, já fartamente analisado e criticado, atravessou o século XX praticamente intocado. A decisão de internar ou não um familiar com deficiência é um processo difícil para qualquer família. É fundamental que os profissionais e gestores da política de assistência social se debrucem sobre as razões apresentadas para a institucionalização de pessoas com deficiência no sentido de atender a necessidades dessas famílias com uma perspectiva de prevenir o asilamento.


Como efeitos da institucionalização, podemos citar ausência ou empobrecimento das trocas sociais, apatia, falta de desejo e projetos de vida, medicalização, o corpo se identifica e incorpora às regras da instituição (com efeitos na autorrepresentação do corpo, no corpo simbólico), efeitos no corpo biológico (deformidades, incapacidades funcionais e doenças como resultado da rotina institucional), empobrecimento existencial e autonomia prejudicada.

Para solucionar esse problema, é necessário desenvolver uma política de desinstitucionalização que inclua a criação de diversos mecanismos de apoio às famílias, no sentido de prevenir o asilamento, além do fortalecimento da política de Residências Inclusivas. Embora, neste momento histórico da política brasileira de defesa e promoção dos direitos das pessoas com deficiência, deva-se priorizar a população institucionalizada ou em risco de institucionalização como público-alvo das Residências Inclusivas, futuramente outros públicos que desejarem morar de forma independente deverão poder fazê-lo com o apoio efetivo do poder público.

Propostas de apoio à Vida Independente

Residências Inclusivas

A Residência Inclusiva é um serviço de acolhimento que oferece moradia e apoio ao desenvolvimento pessoal a grupos de jovens, adultos e idosos com deficiência, cuja situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social inerentes à deficiência esteja agravada, cujos vínculos familiares estejam rompidos ou extremamente fragilizados, ou ainda, em processo de desligamento de instituição asilar, que não tenham possibilidade de retorno à família de origem, e apresentem condições insuficientes de autossustentação e/ou autogestão.

O funcionamento das Residências Inclusivas deve propiciar a construção de emancipação pessoal e social, o fortalecimento dos vínculos na comunidade onde está inserida e possibilitar o desenvolvimento de autogestão, autossustentação e autonomia dos moradores. O desenvolvimento do maior nível de autonomia e independência deve respeitar as possibilidades de cada morador, bem como seu potencial de inserção e participação social. 

Protagonismo e Direitos das Pessoas com Deficiência

Ana Rita de Paula

Psicóloga, mestre em Psicologia Social e Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Contrariamente às palestras que faço habitualmente, resolvi conversar com vocês não teoricamente, mas a partir das minhas vivências pessoais e da minha militância política no campo da promoção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Faço isso em virtude de acreditar que minha história de vida se mescla com a história do movimento das pessoas com deficiência no Brasil. Narrando minha história pessoal, creio estar falando do caso de uma mulher com deficiência que saiu de uma condição de alienação em relação à dimensão política do fenômeno da deficiência para tornar-se uma das lideranças deste movimento. Minha atuação profissional na área de políticas públicas voltadas a este segmento da população, por sua vez, conta um pouco da história do surgimento dessas políticas no Brasil. Já a minha carreira acadêmica demonstra alguns exemplos de Estudos sobre Deficiência, do início da década de 1980 até os dias de hoje, explicando uma nova forma de conceber a deficiência, agora dentro do modelo social.

O cenário político no Brasil ao final da década de 1970 e início da década de 1980 pode ser retratado como de grande agitação e mobilização da sociedade, cuja luta contra a ditadura militar e pelas eleições diretas ganhava alguma visibilidade. Ao lado dessa pauta mais geral que conectava outros aspectos sociopolíticos, acontecia a organização de grupos minoritários, como o movimento feminista, a mobilização dos negros, dos homossexuais, das mulheres contra a carestia, etc., em que as pessoas com deficiência também faziam parte desse processo de luta popular. Surgiam assim os primeiros grupos e associações de pessoas com deficiência com caráter reivindicatório,

sem se desvincular da luta mais geral pela democracia. Esse fenômeno tinha como pano de fundo o surgimento dos primeiros governos ligados à social democracia, após os anos mais fechados da ditadura brasileira.

Nessa época da história brasileira eu vivia minha adolescência e, como qualquer adolescente, ardia por mudanças que contestassem o *status quo*. Nada mais instigador para uma adolescente do que lutar pela redemocratização e por direitos de minorias sociais. Foi nesse período que tive a oportunidade de conhecer outras pessoas com deficiência. Eu só sabia de mim. Esse encontro permitiu meu amadurecimento pessoal e político, dando-me a dimensão coletiva desse fenômeno. Comecei a perceber que a deficiência,

“Comecei a perceber que a deficiência, como diz Débora Diniz, não é fruto de uma tragédia individual, cuja solução só poderia se dar pelo processo de reabilitação que visaria minorar a deficiência por meio de atos médicos. Ao reconhecer as dimensões sociais e políticas, abriram-se outras possibilidades de conhecimento que tiram da deficiência a noção de doença, degeneração e desvio do padrão de normalidade”

como diz Débora Diniz, não é fruto de uma tragédia individual, cuja solução só poderia se dar pelo processo de reabilitação que visaria minorar a deficiência por meio de atos médicos. Ao reconhecer as dimensões sociais e políticas, abriram-se outras possibilidades de conhecimento que retiram da deficiência a noção de doença, degeneração e desvio do padrão de normalidade.

Ao lado dessa percepção, pude articular, se não teoricamente, pelo menos na prática, a luta pelos direitos das pessoas com deficiência com a crítica contra a ditadura e a atuação pela volta da democracia em nosso país. Creio que isso tenha acontecido com os ativistas de outros grupos minoritários. Nesse momento, pude encontrar um lugar para minhas concepções religiosas, baseadas na Teologia da Libertação, que afirmava o caráter revolucionário das palavras de Jesus, que pregava que nenhum homem deveria submeter o outro e que todos tinham direito a uma vida digna e feliz. A participação na política estudantil e minha atuação no início da formação do Partido dos Trabalhadores amarravam todos esses aspectos e permitiram que eu consolidasse uma visão mais amadurecida de cidadania. Essa participação, futuramente, iria contribuir para a minha atuação profissional. Na época, eu dizia que gostaria de ser uma “terapeuta social”, que atuaria como psicóloga, mas sem negligenciar aspectos concretos da vida cotidiana, lutando contra barreiras que ampliavam limitações e amesquinhavam a vida de pessoas com deficiência.

O tema sobre sexualidade dessas pessoas caminhava ao lado das críticas que fazia ao processo de reabilitação a partir da concepção foucaultiana sobre discursos, instituições e poder. Na minha vida pessoal, os estudos sobre sexualidade e deficiência ganham concretude atordoante. Início minha vida afetivo sexual e encontro um parceiro cujo relacionamento durou aproximadamente 30 anos. Com a expressão da sexualidade em contextos públicos, começo a me deparar com preconceitos com relação à vivência da condição feminina na presença da deficiência e com os estereótipos sobre a negritude, uma vez que meu companheiro era negro. Vivemos muitas situações constrangedoras, nas quais a deficiência e a cor chocavam-se com as demonstrações de afeto, no imaginário da maioria das pessoas.

Simultaneamente a essas vivências, começo a morar sozinha e tornar-me dona de casa, vivendo as dificuldades cotidianas, sem nenhum

suporte de políticas públicas para viabilizar a vida independente. Ao lado de questões de insuficiência financeira para garantir o cuidado 24 horas por dia, tinha que gerenciar as profissionais que garantiam esse cuidado e lidar com compras, contas, bancos, impostos, etc.

Comecei a trabalhar, diferente da maioria das pessoas com deficiência, logo que me formei, como psicóloga na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Porém, meus maiores obstáculos disseram respeito à proibição, na época, de contratação de pessoas com deficiência como funcionários públicos. É interessante notar que alguns anos depois a presença da deficiência foi considerada como item de desempate nos editais de contratação e, posteriormente, foram reservados percentuais de vagas nos concursos públicos para pessoas com deficiência. Estas e inúmeras outras mudanças deram-se em função da luta empreendida pelos movimentos de pessoas com deficiência.

Trabalhei aproximadamente durante 20 anos na pasta da saúde e comecei a prestar consultoria, primeiramente neste campo e, posteriormente, nas áreas de educação, trabalho e assistência social, em governos federal, estaduais e municipais e também para ONG. Tive meu crescimento profissional reconhecido e até ganhei alguns prêmios no campo dos Direitos Humanos. Foi durante esse tempo que concluí meu mestrado e meu doutorado, sempre tematizando a questão da deficiência. Na década de 1980, essa questão era tida como de menor importância no campo acadêmico. Gosto de acreditar que contribuí para colocar o tema das deficiências no cenário das pesquisas de psicologia social e institucional.

A partir das contribuições profissionais e acadêmicas fui sendo chamada para prestar consultorias e participar de bancas de pós-graduação. Muitas pessoas afirmavam que minha fala diferenciava-se por eu ser uma pessoa com deficiência. Sempre fiquei incomodada com essas colocações, como se eu falasse com propriedade somente por falar “de cadeira”. Na verdade, sempre acreditei que as pessoas com deficiência podiam se tornar especialistas nesse campo, não porque seriam deficientes, mas porque poderiam traduzir esta experiência a partir da leitura e reflexão teórico e prática, o que garantiria de fato a consistência acadêmica e profissional. A deficiência não é nenhum demérito da mesma forma que não garante sozinha qualidade.


“Na verdade, sempre acreditei que as pessoas com deficiência podiam se tornar especialistas nesse campo, não porque seriam deficientes, mas porque poderiam traduzir esta experiência a partir da leitura e reflexão teórico e prática, o que garantiria de fato a consistência acadêmica e profissional. A deficiência não é nenhum demérito da mesma forma que não garante sozinha qualidade”

O surgimento de políticas públicas, na minha opinião, é indicativo do sucesso da mobilização e organização das pessoas com deficiência no Brasil. Muitos aspectos da pauta de reivindicação desse movimento tornaram-se projetos, programas, políticas e serviços como a implementação de ações e unidades de reabilitação no Sistema Único de Saúde, a implementação da Educação Inclusiva, colocando alunos com e sem deficiência lado a lado, na mesma sala de aula, além do Regime de Reserva de Vagas no mercado de trabalho, segundo o porte das empresas empregadoras e a criação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para idosos e pessoas com deficiência sem condição financeira e suporte familiar. O Programa Viver sem Limite, a partir do ano de 2011, coroou todo esse esforço da sociedade e do governo.

No início da década de 2000 e de 2010 consolidaram-se instrumentos legais extremamente avançados, segundo a opinião internacional, como a adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência na qualidade de Constituição Federal e da Lei Brasileira de Inclu-

ção – LBI, que operacionalizou muitos dos artigos da referida Convenção. Essas legislações acabaram por adotar nova concepção sobre deficiência como referência oficial nacional, ou seja, “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas”. Essa concepção transfere o foco das limitações, antes centrado exclusivamente no indivíduo, para reconhecer a dimensão social da deficiência, quando reconhece as barreiras ambientais e do contexto de vida na determinação da experiência pessoal e social da deficiência.

“Não é momento nem de comemorar, nem de desanimar. É momento de exercermos de forma crítica, porém não pessimista, da cidadania como ação cotidiana”

Assim, as medidas a serem tomadas deixam de ser voltadas exclusivamente para os indivíduos e passam a considerar os determinantes sociais, criando políticas públicas que visam minorar as barreiras e ampliar os facilitadores para uma vida na comunidade. Essas leis e, principalmente a nova definição de deficiência, abrem um novo capítulo na história em que eu e muitas outras pessoas viveremos em nosso país. Um capítulo que decerto apresentará desafios aos quais exigirão uma retomada, com força redobrada, do movimento das pessoas com deficiência e um renascer da consciência política no Brasil. Não é momento nem de comemorar, nem de desanimar. É momento de exercermos de forma crítica, porém não pessimista, da cidadania como ação cotidiana. 

Doutor em História Econômica pela USP, Pós-graduado em Economia Internacional pela Columbia University (NY) e mestre em Teoria Econômica pela PUC-SP. Milita no treino de cães guias desde 1974

A necessidade de expansão da massa de salários aliada à manutenção do salário médio e a efetividade dos movimentos pró-inclusão social como linha de pesquisa

Sposati¹ apresenta como definição de exclusão social a falta de acesso às quatro utopias humanas: autonomia de renda, desenvolvimento humano, qualidade de vida e equidade. A autonomia de renda é a capacidade de o indivíduo relacionar-se plenamente com o mercado, de forma livre e respeitosa, mantendo supridas suas necessidades vitais, culturais e de lazer. A qualidade de vida baseia-se na preservação do Homem e do ambiente em que estiver inserido, sem descartar o avanço tecnológico. O desenvolvimento humano é o pleno acesso aos meios para uso máximo do potencial humano. Finalmente, a equidade é a disseminação do acesso físico e intelectual de cada um e de todos os seres humanos aos recursos da sociedade.

Concordando com Genovês, Monteiro e Câmara², para efeito deste trabalho, a inclusão social será o oposto da exclusão como vista acima. “Poder-se-ia dizer que a pesquisa versaria sobre a primeira utopia, autonomia de renda”, mas o emprego depende de todas elas a um só tempo. Sem acesso à educação, não há como obter um emprego digno. Sem acessibilidade física e intelectual, não há como obter equidade nem desen-

volvimento humano. Importante é que se tenha um conceito adequado que permeie o que aqui se exporá.

Aranha³ (2000) divide a evolução da inclusão das pessoas com deficiência em quatro tempos, segregação, institucionalização, integração e inclusão. No primeiro estágio, aqueles que não eram socialmente aceitos eram simplesmente segregados, no segundo tempo, colocavam-se as pessoas em instituições para que, ali, terminassem seus dias justificando até um bairro de Paris, Les Invalides. No terceiro estágio, o da integração, admitia-se o convívio com as minorias, porém, fazendo com que elas se adaptassem à sociedade como um todo. No quarto tempo, o da inclusão, além do convívio, impõe-se que a sociedade se adapte física e culturalmente para receber os indivíduos, sendo um caminho de mão dupla.

“Além disso, a dessegregação não implica na inclusão, pois pode-se não alcançar qualquer das utopias, mesmo porque, para este autor, a institucionalização não leva, forçosamente, ao confinamento físico do indivíduo”

1 SPOSATI, Aldaiza. *Mapa de Exclusão/Inclusão da Cidade de São Paulo*. São Paulo: PUC-SP, 1996.

2 GENOVEZ, Patrícia C; MONTEIRO, Antonio Miguel Vieira; CÂMARA, Gilberto. *Diagnóstico das Áreas de Exclusão/Inclusão Social através de Sistema de Informação Geográfica na Área Urbana de São José dos Campos - SP*. Anais X SBRS, Foz do Iguaçu, 21-26 abril de 2001, INPE, p. 1097-1105, Seção Poster.

3 ARANHA, Maria Salete Fábio. *Inclusão social e Municipalização*. Palestra proferida no Programa de Pós-Graduação em Educação, UNESP-Marília, 2000.

A primeira definição não satisfaz porque não leva em consideração as razões pelas quais a inclusão não se alcança, aplicando-se de forma demasiado genérica, à sociedade como um todo. A segunda visão não é suficiente porque dá uma dimensão muito pequena ao problema, pois há grupos minoritários como os negros e os homossexuais que não se institucionalizaram, muito embora tenham, em algum momento, sido segregados. Além disso, a dessegregação não implica na inclusão, pois pode-se não alcançar qualquer das utopias, mesmo porque, para este autor, a institucionalização não leva, forçosamente, ao confinamento físico do indivíduo.

A institucionalização, sob o ponto de vista da vida material humana, segundo Burns e Scapens⁴, tem quatro etapas: codificação, incorporação, reprodução e institucionalização. A codificação, como exemplifica a canção de Billy Blanco "Não dá mão a preto, não fala com pobre, não carrega embrulho". Mesmo que não registrada em um código, é respeitada por indivíduos de uma dada condição social ou membros de uma dada categoria. A segunda etapa ocorre quando o código é esperado pelo restante da sociedade, reproduzindo, até generalizando, o comportamento. O terceiro passo é dado quando já não se discute o comportamento, que passa a ser aceito como natural; enquanto a quarta etapa é representada pela inclusão do citado comportamento no ideário popular. Isso leva o indivíduo a manter os grilhões das instituições mesmo que não se encontrem num espaço determinado. Exemplo disso é sujeição das pessoas com deficiência da visão à produção de livros em braille por instituições determinadas até por lei, isentando as editoras de atender aquele público.

Heilbroner⁵, ao longo de toda a sua obra *Worldly Philosophers*, mesmo sendo um livro de cunho de divulgação científica à população em geral, traz uma contribuição muito interessante que, talvez, não se tenha configurado como a meta maior do autor. Trata-se de que os economistas, ao longo da História, têm focos específicos em suas pesquisas. Por menos que essa noção seja intrinsecamente inovadora, não é óbvia. A Economia como ciência debate-se entre a objetividade

e a necessidade de estudar os temas mais aflitivos no momento. A conclusão mais plausível é que alguns objetos de estudo substituam outros, criando-se novas linhas de pesquisa enquanto os antecessores, se não caem no esquecimento dos pesquisadores, pelo menos, perdem, às vezes injustamente, a sua relevância.

A ideia marxista de exército de reserva não se discute atualmente, não porque se tenha tornado unanimidade, nem por ter sido rechaçada definitivamente, porém, porque a contraposição entre capitalismo e comunismo tem-se encarado como discussão inoportuna, desde que a União Soviética desmantelou-se. Em outras palavras, verificar qual é o nível de desemprego que mantém a viabilidade da produção agregada parece não fazer mais sentido. Modelos como o de Goodwin (1967), que tratam a relação entre empregado e empregador como de presa e predador, tornaram-se escassos, por mais elaborados que fossem matematicamente.

Mas não foi somente a coisa vista pela esquerda que parece ter deixado de atrair o interesse de economistas e historiadores, a curva de Phillips (1950) também não tem sido estudada tão amiúde. É de se esperar que os que adotaram a linha de pesquisa das expectativas racionais tenham dado um novo enfoque ao tema, porém, como premissa, sem identificar o silogismo que reveste o assunto. Estabelecer a correlação negativa entre o desemprego e o nível de inflação pode restringir o seu âmbito interpretativo. É que há casos em que, mesmo com inflação em aceleração, o desemprego continua subindo. Em outras palavras, a correlação parece verificar-se quando a moeda é forte o suficiente para escoimarem-se as variações advindas de sua fragilidade⁶.

Há inversão da hipótese, afirmando que quanto maior o nível de emprego, maior será o nível de salários. Embora com a mesma gênese de teoria econômica parece mais abrangente. Daí ser essa interpretação que originou a ideia de expectativas racionais. A intenção dos autores dessa linha de pensamento econômico não era discutir o nível de emprego, porém, contrapor a premissa keynesiana de ilusão monetária⁷, afas-

4 BURNS, J.; SCAPENS, R. W. Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, v. 11, p. 3-25, 2000.

5 HEILBRONER, Robert. *A História do Pensamento econômico (Worldly Philosophers)*. Editora Nova Cultural Ltda., 1996.

6 PAIVA, Carlos Águedo Nagel. *Ancoragem cambial, globalização e concentração de renda: uma interpretação a partir de Michal Kalecki*. Informe Gepec, Toledo, v. 14, n. 1, p. 55-72, jan./jun. 2010.

7 MENDONÇA, Helder Ferreira de. *A Teoria da Credibilidade da Política Monetária*.

tando-se, portanto, da discussão original: ser ou não ser possível o pleno emprego em uma economia capitalista.

Este estudo pretende retomar a discussão naquilo em que ambas visões do nível de emprego concordam, a constante necessidade da ampliação da massa de salários sem que seu nível ameace a viabilidade da produção em custos como meio de sustentar o crescimento econômico. Os modelos de crescimento mais comuns como Bhaduri and Marglin⁸, aprofundados por Martins et al (2011), consideram, por questões de facilidade, o crescimento da massa salarial como algo contínuo e altamente correlacionado em taxa com a variação do PIB. Isso parece muito pouco plausível, visto que a sociedade não é uma massa fluida, sendo composta por categorias, como raça, credo e características físicas, ou seja, por minorias que podem não querer estar sujeitas à ditadura da maioria⁹.

Os anúncios de emprego da virada do século nos Estados Unidos são emblemáticos quanto a haver uma ordem de acesso ao emprego: "*No black, no jew, no catholic*". A relevância disso refletiu-se na sigla WASP (White, Anglo-saxon and Protestant). Ficam então duas perguntas. A primeira, de cunho puramente econômico, será que cabe a premissa de que a inclusão de novos indivíduos no que se considera como economicamente ativa é contínua, podendo-se aplicar uma ideia marginalista à sua variação? A segunda, de âmbito histórico, refere-se ao peso do sucesso dos movimentos inclusivos como dessegregation Laws de Kenedy, do feminismo de Beth Friedman, do Desenho Universal e das leis de cotas (Lei 8213/91, art. 93), na introdução de novos indivíduos na população capaz de gerar riqueza em contraposição à necessidade de aumento da massa de salários.

2. Objetivos da pesquisa

O objetivo primário da pesquisa é verificar até que ponto a necessidade de aumentar o consumo pelo aumento da massa de salários, aliado à contenção do salário médio, é determinante do processo de inclusão de categorias antes sem acesso ao mercado de trabalho. Caso isso se

configure, a ideia de continuidade dos modelos de crescimento econômico baseados na contínua expansão do consumo passam a encontrar um problema extra com que se defrontar em termos de poder explicativo histórico. É que a inclusão social parece ter-se dado em ondas no que tange ao mercado de trabalho. Essas ondas não podem ser entendidas como saltos numericamente abruptos como variáveis *dummy*, mas de ordenação. Em outras palavras, em algum momento, por exemplo, os salários das mulheres começaram a aproximar-se mais rapidamente dos salários pagos aos homens de igual função. Pode ter havido um ponto de inflexão que, talvez, comprove a hipótese.

A pesquisa não pretende desqualificar o esforço de cada um dos grupos sociais que vêm adquirindo espaço. Ao contrário, a intenção é dar-lhes valor na exata medida de sua contribuição na manutenção do crescimento econômico. A intenção de estudar os determinantes de sua ordem de inclusão. Por que primeiro os negros após a abolição? Por que em seguida as mulheres? Por que agora as pessoas com deficiência? As condicionantes históricas parecem ajudar a determinar a ordem de inclusão, os negros por já estarem realmente trabalhando, porém, em regime de escravidão, portanto, não inclusos na sociedade como consumidores autônomos; as mulheres norte-americanas por já terem desempenhado papel fundamental no esforço da II Guerra como operárias em toda a indústria e não admitirem voltar simplesmente para os seus lares; as mulheres latino-americanas, porque os rendimentos, em grande parte, dependem somente delas e, quando a responsabilidade é compartilhada, a renda pode não ser suficiente para manter a família toda; as pessoas com deficiência, porque o avanço tecnológico pode tê-las posto em condições de manifestar sua vontade, de fazer pressão a ponto de conseguirem uma lei de cotas, como no Brasil. Até o advento dos computadores com síntese de voz, por exemplo, um cego não teria como debater com um surdo sinalizando, o que hoje é corriqueiro pelo Whatsapp, pelo Messenger ou pelo Skype, enquanto possuem quaisquer tipos de deficiências, podem-se fazer ouvir pelas redes sociais.

3. Hipóteses a serem testadas

Admita-se que *W* sejam os salários agregados em uma dada economia. Admita-se também a premissa de que, baseando-se na inversão da

8 BHADURI, A.; MARGLIN, S. Unemployment and the real wage: the economic basis for contesting political ideologies. *Cambridge Journal of Economics*, Vol.14, 1990, p. 375-393.

9 RUSSELL, Bertand. *O poder uma nova análise social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

hipótese de Phillips e concordando com a hipótese de Marx, seja função crescente em função da parcela da população economicamente ativa já empregada. Assim, ter-se-á que $W = F(L_n)$, onde L_n é o montante de trabalhadores para um dado estágio de inclusão social. L_1 pode representar WASP, L_2 pode representar WASP e negros libertos, L_3 pode simbolizar WASP, negros e mulheres, enquanto L_4 representa WASP, negros, mulheres e pessoas com deficiência. É plausível pensar que a função acima seja assintótica ao total da população. Em outras palavras, quando L_n tende ao total de trabalhadores disponíveis em um dado estágio de inclusão, W tende ao infinito. Ao incluir-se um novo grupo como passando de L_1 para L_2 , haverá um deslocamento da assíntota para o novo estágio que, inicialmente provoca um decréscimo no salário médio, porém, com acréscimo na massa de salários.


Parece ser igualmente plausível que sempre haverá variação nos itens de consumo quando o novo contingente adentra o mercado de trabalho, seja porque os padrões de consumo alteram-se com o tempo, seja porque o rol de itens consumidos passa a incluir bens e serviços de maior elasticidade-renda do consumo, seja porque o novo grupo tem necessidades específicas. Também é preciso adotar como premissa que, quanto mais difícil for a inclusão do novo grupo, mais específicas serão as necessidades a atenderem-se, consequentemente, mais tarde ocorrerá sua inclusão.

4. Metodologia

Trata-se de uma linha de pesquisa dialética, no que não foge de como se vem tratando o problema da inclusão social em geral e da pessoa com deficiência em particular. A intenção é fo-

mentar o debate histórico sobre a inclusão social, inserindo uma dimensão nova, a da necessidade de que, no capitalismo, haja a concomitante necessidade de agregação de consumidores para que a economia permaneça em expansão para que movimentos de categorias específicas sejam bem-sucedidos. Por outro lado, no campo da economia, a contribuição é acrescentar aos modelos de crescimento baseados no aumento da massa de salários uma dimensão histórica importante, a de que a sociedade é composta por minorias que lutam pela inclusão. A última dimensão é sociológica, porque estabelece correlação entre a capacidade de se usufruir dos produtos (bens e serviços) que a sociedade oferece e a forma com que se encara a pessoa com deficiência sob o ponto de vista do outro.

O estudo será composto por quatro etapas. Na primeira, por meio de levantamento bibliográfico, explorar-se-á a evolução dos movimentos pela inclusão em âmbito racial, de gênero e de minorias compostas pelas pessoas com deficiência. Na segunda etapa, ainda por meio de revisão bibliográfica, discutir-se-ão os modelos baseados em salários, sejam eles marxistas, kalekianos, keynesianos e baseados na curva de Phillips, para dar suporte ao restante do trabalho de pesquisa. Na terceira etapa, escolher-se-ão dados secundários para testar as hipóteses.

A linha de pesquisa terá de ser circunscrita aos movimentos mais evidentes. Isso se deve a que o capitalismo, como o conhecemos, configurou-se a partir do século XIX, além do que não há dados que permitam pesquisar antes disso, ao que se some o fato de o país ser capitalista como premissa básica do estudo. Geograficamente, a escolha recairá sobre a região de maior disponibilidade de dados. Disso depende a viabilidade do projeto, pois não se trata de algo passível de pesquisa primária intensa. 

“A intenção é fomentar o debate histórico sobre a inclusão social, inserindo uma dimensão nova, a da necessidade de que, no capitalismo, haja a concomitante necessidade de agregação de consumidores para que a economia permaneça em expansão para que movimentos de categorias específicas sejam bem-sucedidos”

William de Jesus Silva

Desenhista das ruas, membro da Associação Brasileira dos Direitos da Pessoa Autista, graduando em Gestão de Políticas Públicas pela USP, ativista.

O movimento de pessoas autistas talvez tenha sido um dos últimos a se organizar dentro do campo de pessoas com deficiência, pois as próprias pessoas nessa condição – como este que vos escreve – só começariam a se organizar, de fato, na década de 1990 no exterior. Mas para entendermos como chegamos até aqui, é preciso saber como o movimento de pessoas com deficiência se estruturou desde o início dos tempos.

Registros arqueológicos e estudos antropológicos apontam poucas evidências sobre como viviam as pessoas com deficiência na pré-história, mas a tese consensual é de que pouquíssimos sobreviviam, dada a necessidade de sobreviver e se proteger do frio por meio da caça e da pesca. Já na Grécia Antiga, a necessidade em formar pelotões de soldados para guerrear em terras distantes também pesou significativamente na vida de quem tinha algum tipo de deficiência. Assim, quem tinha alguma limitação ou apresentava condições físicas alheias ao que era exigido socialmente, por muitas vezes, encontrava a morte como destino, sendo atirados em precipícios ou assassinados pelos próprios pais, como era o caso das crianças que nasciam com algum tipo de deficiência em Atenas, berço da civilização.

A Idade Média trouxe o culto à “perfeição divina”, mas também trouxe outros estigmas com relação à pessoa com deficiência, condenando-as ao isolamento ou ao escárnio, leia-se ridicularização pública, como ocorria com as pessoas com algum tipo de sofrimento mental, que eram transformadas em bobos da corte para entreter a nobreza e a sociedade daquele período. No período da Santa Inquisição, pessoas com algum sofrimento mental eram tachadas como sendo he-

reges ou bruxas, sendo em determinados casos queimadas na fogueira ou submetidas a sessões de tortura e espancamento.

Já na Idade Moderna, houve expressiva melhora no que se refere ao trato para com as pessoas com deficiência, com o surgimento dos primeiros métodos de comunicação alternativa para pessoas surdas, como o método de escrita desenvolvido por Gerolamo Cardano (1501-76), que por sua vez, influenciaria o monge beneditino Pedro Ponce de Leon (1520-84) a desenvolver um sistema de educação para pessoas surdas. No século XVIII, o médico Philippe Pinel defendeu e desenvolveu uma metodologia de tratamento científico e humanizado para pessoas com sofrimento mental. Não obstante, muitas pessoas com deficiência ainda viviam à margem da sociedade, tendo que sobreviver por meio de esmolas, caridade ou mesmo cometendo pequenos furtos.

Com o advento da Revolução Francesa e o início da Idade Contemporânea (1789-hoje), a sociedade, aos poucos, assumiu sua responsabilidade no trato do segmento. O então imperador da França Napoleão Bonaparte intermediou a criação, mesmo que indireta, da escrita braille, por meio do oficial Charles Barbier. Esse método seria aperfeiçoado por Louis Braille, levando à escrita para cegos como conhecemos até hoje. Mas somente no século XX é que o tema começaria a ser visto com mais força e, na década de 1960, surgiriam os primeiros movimentos organizados por pessoas com deficiência no mundo, com destaque para o Social Disability Movement, responsável pela construção do chamado Modelo Social de Deficiência, no qual se defende que as deficiências são consequência do ambiente onde

a pessoa está inserida e esse ambiente deve ser adaptado às necessidades e condições dessa pessoa em vez do efeito oposto elencado pelo Modelo Médico de Deficiência.

“Os adeptos da Antipsiquiatria criticam o uso da psiquiatria como mecanismo de controle social, além de pregar a desconstrução da imagem estereotipada da loucura e defendem a ideia de que a “doença psiquiátrica” é uma construção social com vistas para perpetuação desse controle”

Na esteira do Social Disability Movement, surge o Movimento antipsiquiatria (décadas de 1960 e 1970), cujos principais nomes eram Thomas Szasz, R. D. Lang e o célebre psiquiatra Franco Basaglia (reforma sanitaria). Os adeptos da *Antipsiquiatria* criticam o uso da psiquiatria como mecanismo de controle social, além de pregar a desconstrução da imagem estereotipada da loucura e defendem a ideia de que a “doença psiquiátrica” é uma construção social com vistas para perpetuação desse controle.

No Brasil, o tema começou a ganhar destaque no século XIX, quando foram criados o Instituto de Meninos Cegos (atual Instituto Benjamin Constant) e o Instituto Nacional de Educação de Surdos (1856). Mesmo com a manutenção de uma prática assistencialista e caritativa em demasia, foi um avanço muito importante no que diz respeito à inclusão no ambiente escolar. Anos mais tarde, por volta de 1932, já sob a égide do governo de Getúlio Vargas, foi criada a Sociedade Pestalozzi (atual ABADS) e, na década de 1950, surgiram as primeiras Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs), destinadas a cuidar de pessoas com algum tipo de deficiência intelecto-funcional.

Somente na década de 1980 é que surgiram os primeiros movimentos organizados por pessoas com deficiência no Brasil. Foram realizados os primeiros encontros nacionais do segmento e temas como a remoção de barreiras arquitetônicas, métodos de comunicação alternativa (Braille, Língua de Sinais, etc.) e implantação de rampas

para acesso aos espaços foram os mais discutidos nesses eventos.

Na segunda metade dessa mesma década, surgiram os primeiros conselhos temáticos, como a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), responsável por implementar e alinhar diversas políticas públicas em prol dos direitos da pessoa com deficiência. A CORDE daria origem, anos mais tarde, ao CONADE (Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência), que ganharia caráter deliberativo e seria formado por representantes de órgãos públicos e de organismos da sociedade civil eleitos por seus pares. A estrutura do CONADE se materializou nos Conselhos Regionais e Municipais da categoria e, durante o período 2006-2016, foram realizadas conferências nacionais sobre o tema, abrangendo temas como acessibilidade, educação e inclusão profissional e, mais recentemente, questões transversais (raça, gênero, diversidade sexual, entre outros).

O movimento de pessoas autistas

Historicamente, a pessoa autista era (e ainda é, de uma certa maneira) tratada como incapaz, doente ou um dependente perpétuo. Não por acaso, estereótipos sobre o espectro ainda são comuns, como o “anjo azul” (atribuído a uma suposta prevalência de 4 meninos autistas para uma menina autista) e a negação da condição de pessoa autista às pessoas com a Síndrome de Asperger (enquadrada no nível 1 do Transtorno do Espectro Autista, segundo o DSM).

Até a década de 1940, o espectro autista inexistia como “transtorno” ou mesmo patologia. Dois psiquiatras, Leo Kanner (mentor da obtusa teoria da “mãe-geladeira”) e Hans Asperger, iniciaram pesquisas sobre o tema, mas seguindo linhas distintas. Enquanto Kanner seguia uma tendência conservadora e mais alinhada com o modelo médico, dando enfoque para o tratamento, Asperger (que dá nome a uma das variações do espectro autista) explorou a parte potencial dos autistas que tinham funcionalidade elevada, classificando-os como “pequenos professores”.

Anos mais tarde, surgiram entidades e grupos sobre autismo, mas os próprios autistas começariam a se manifestar acerca de sua condição somente no começo da década de 1980, quando a norte-americana Temple Grandin falou sobre a própria condição durante um Congresso sobre Autismo e criou uma máquina denominada “máquina

do abraço”, que consistia num mecanismo giratório de autocontrole sensorial para pessoas autistas. Como grupo social, no entanto, os autistas só começariam a se organizar na década de 1990 – e de forma intensificada, na primeira metade da década de 2000, quando surgiram os primeiros movimentos sociais organizados por autistas e deu-se início a um processo de fortalecimento do conceito de *Neurodiversidade*, cunhado por ativistas como o australiano Jim Sinclair, autor de um manifesto histórico denominado “Não chorem por nós” (*Don't Cry for Us*, em inglês), lido durante um congresso sobre autismo no Canadá, em 1993, e a socióloga temática Judy Singer, que utilizou o termo pela primeira vez, em 1999, em um artigo.

Em 2004, seria fundada nos EUA a ONG *Aspies For Freedom* (AFF), entidade formada, majoritariamente, por pessoas autistas com a Síndrome de Asperger. A AFF lançou uma carta-manifesto com diversas reivindicações, entre as quais podem ser destacadas o combate ao capacitismo e ao uso de pesquisas científicas para fins eugênicos e fascistoides, a necessidade de uma visão positiva e acurada sobre o tema, o protagonismo das pessoas autistas como sujeitos portadores de direitos e prerrogativas e o boicote às pesquisas voltadas às tentativas de normalização forçada desse segmento. Pouco tempo depois, surgiu a ASAN (*Autistic Self-Advocacy Network*, ou Rede de Autodefesa Autista), que até hoje apura e fiscaliza violações de direitos humanos contra as pessoas autistas, além de travar um duro combate aos interesses de grupos antiautistas, como a Autism Speaks e Cure Autism Now, que pleiteam a cura do espectro e o abordam como algo negativo.

Apenas para fins de esclarecimento, a palavra *Neurodiversidade* remete ao respeito às diferenças neurológicas humanas e rejeita a ideia de que determinadas variações neurológicas sejam doenças a serem curadas, em especial o Espectro Autista. No Brasil, o tema *Neurodiversidade* é recente e ainda pouco conhecido. Os primeiros grupos autoorganizados por pessoas autistas surgiram em 2006, com o advento do MOAB (Movimento Orgulho Autista Brasil) e a ABRAÇA (Associação Brasileira para Ação em Defesa dos Direitos das Pessoas Autistas), fundada em 2008, a partir do trabalho desenvolvido na ONG *Casa da Esperança*, em Fortaleza, Ceará. No que tange à discussão de direitos e visibilidade de pautas, a ABRAÇA saiu à frente do MOAB ao discutir temas como direitos sexuais e reprodutivos e institucio-

nalização de pessoas com deficiência intelectual, os quais até pouco tempo eram omitidos e negligenciados nas mesas de debate sobre o tema.

Em 2016, a ABRAÇA¹ inovou ao realizar o primeiro EBA² (Encontro Brasileiro de Pessoas Autistas), em Fortaleza (CE). O evento foi totalmente organizado e protagonizado por pessoas no espectro, com a realização de diversas atividades como exposições de arte, mesas de debate sobre temas variados, apresentações musicais e rodas de conversa, e fora considerado um marco na história dos autistas por ser um importante espaço para o exercício do protagonismo desse grupo. Como resultado do encontro, foi lançado um manifesto chamado “Sou Autista, tenho direito ao meu próprio corpo” (2017), no qual se discutiram os limites de intervenção nos corpos autistas e denunciou a situação de subdiagnóstico de mulheres autistas, bem como a problemática da violência sexual envolvendo pessoas autistas

Este, porém, não foi o único resultado. O EBA produziu, também, a possibilidade de contato interpessoal entre os autistas participantes do evento, bem como o crescimento pessoal e a construção de identidades dos envolvidos. A repercussão positiva nas mídias e redes sociais foi outro grande efeito gerado pelo evento, além da realização, no ano seguinte, de encontros regionais de pessoas autistas (os EPAs), em diversos estados, como Ceará e Goiás.

Autistas que são referência no tema e mídias neurodiversas

Atualmente, existem diversas pessoas no espectro autista que se tornaram referência no assunto e transformaram as redes sociais em canais de conexão interpessoal e de esclarecimento sobre a condição. Além de Temple Grandin – já citada neste texto, destacam-se como referências autistas a blogueira canadense Amy Sequenzia (fundadora da Autism Women’s Network³), Amanda Baggs (blogueira), o japonês Naoki Hiagshida (autor de “O que me faz pular?”), o ativista Ari Ne’eman (fundador da Autistic Self-Advocacy Network – ASAN⁴), Judy Singer (autora do termo “Neurodiversidade”), o psicólogo estadunidense


1 <http://abraca.autismobrasil.org>.

2 Disponível em: <http://abraca.autismobrasil.org/1-encontro-brasileiro-de-pessoas-autistas-relatorio-final/>.

3 Disponível em <http://autisticadvocacy.org/>.

4 Disponível em: <http://autisticadvocacy.org/>.

se Nick Walker (autista, professor universitário e criador do conceito de Neurocosmopolitismo, a ser discutido em outro momento oportuno, Ido Kedar (autista não falante e blogueiro) e o indiano Tito Rajarshi Mukhopadhyay (autista “severo” e escritor, precursor do método “RPM” de Comunicação Alternativa).

No Brasil, ganham destaque a brasileira Amanda Paschoal (restauradora, integrante do MOAB e criadora da página “A Letra A” no YouTube; ativista anti-MMS), a cearense Ana Beatriz Souza (criadora da página “Vida no Espectro”⁵ no Facebook), o paulista Cristiano Camargo (escritor e ativista pela visão positiva do autismo), Rodrigo Tramonte (comediante e criador da página “Humor Azul” no Facebook), a youtuber fluminense Calinca Alcântara (Rivotrip TV – Youtube⁶), Magnun Igo dos Santos (especializado em Autismo e Mercado de Trabalho), o cearense Alexandre Mapurunga (ex-secretário-geral da ABRAÇA) e a paranaense Fernanda Santana (Presidenta da ABRAÇA durante o quadriênio 2016-2020), que esteve presente na Conferência da ONU sobre Autismo, em 2016, pouco antes de tomar posse à frente da entidade. 

5 Disponível em: <https://www.facebook.com/vidanoespectro/>.

6 Canal Rivotrip TV: <https://www.youtube.com/channel/UChI-JreyU-AcB3872JD88ARA>. Rivotrip (Página): <https://www.facebook.com/blogrivotrip/>.

Psicóloga, Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos, membra do Núcleo Psicologia e Deficiência do CRP SP

Então, em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer à comissão do evento pelo convite que é vir aqui para contar um pouco da minha luta como uma pessoa surda, psicóloga e, especialmente, como um ser humano que quer que seus direitos sejam atendidos plenamente. Também parablenizo as pessoas daqui mesa, muito interessante a história de cada uma delas e a sua luta. Identifiquei-me com algumas falas delas como, por exemplo, que é preciso um grupo para nos movimentar, dialogar, lutar e conseguir algo. É bem verdade isso, depois eu conto um pouco disso para vocês.

Sobre o tema da mesa-redonda, fiquei refletindo qual o sentido de "Protagonismo", que é para as pessoas com deficiência como também para mim. Patrícia Rezende esteve falando sobre alguns pontos e contou uma longa história sobre surdos, de sua educação, de seus movimentos sociais e não vou repetir aqui os pontos históricos, que são tantos, mas deu para perceber ali nas falas dela que é preciso existir alguém ou, pelo menos, um pequeno grupo que organize um grande movimento para conseguir aquilo que precisamos. Eu queria dizer, especificamente, que é preciso ter algum líder, com conhecimento e experiência, para coordenar um movimento e, não menos importante, desenvolver um diálogo com alguém de maior poder, por exemplo, com o governo.

Foram vários movimentos intensos nos últimos 20 anos, o que resultou na criação de várias legislações para garantir o direito de surdos na educação, na sociedade e principalmente no bem-estar. Parece que para ter movimento teria que ter algum problema social ali. Por exemplo, o fato de muitos surdos, antigamente, serem submetidos ao oralismo por várias décadas, e o movi-

"Foram vários movimentos intensos nos últimos 20 anos, o que resultou na criação de várias legislações para garantir o direito de surdos na educação, na sociedade e principalmente no bem-estar"

mento em favor de comunicação total/bilinguismo só veio quando perceberam muitas questões na filosofia de oralismo. Sempre é preciso haver algum problema para nos organizarmos, movimentarmos, argumentarmos em nosso favor e tentarmos conseguir aquilo que queremos e precisamos.

Tiveram dois movimentos de surdos tão marcantes. O primeiro foi em 1999, lá no Rio Grande do Sul, sendo organizado pelo Skliar, lutando pelo reconhecimento da Libras como uma língua e um direito dos surdos, também pela educação bilíngue. Esse movimento resultou em um documento bem conhecido entre nós que é "A educação que nós surdos queremos". O segundo movimento aconteceu em 2011, em Brasília, que teve grande passeata e foi bem bonita, estive lá. Fomos lutar pela educação bilíngue, que, apesar de haver legislações criadas em 2002, 2005 e mais por aí, estava com risco de ser desfeita pelo MEC. Por isso que fomos para Brasília exigindo a manutenção da educação bilíngue, que estava sendo evoluída cada vez mais.

É claro que esses movimentos não foram organizados sozinhos e, sim, por um pequeno grupo de pessoas importantes e militantes, com experiência e conhecimento, com ciência das necessidades e direitos dos surdos. Essas lutas, diálogos, projetos, especialmente voltados à educação e ao direito linguístico de surdos, existem

há mais de duas décadas, que resultaram no reconhecimento por parte do governo, na criação de legislações, na ampliação de profissionais que trabalham na educação escolar de surdos, na melhor acessibilidade para surdos, no reconhecimento da importância do intérprete de Libras e entre outros.

Estão vendo que na área de educação de surdos há muitas ações e muitas pessoas envolvidas? Agora há uma coisa que nós da comunidade surda sentimos e percebemos que precisamos nos atentar e nos preocupar que é a saúde. A área da saúde para nós, surdos, é bastante complicada e delicada, pois os profissionais da saúde, por exemplo, médicos, fonoaudiólogos, se preocupam mais com a deficiência auditiva e não com o todo do surdo. Isto é, se preocupam mais com a normalização da surdez consertando o ouvido. Com isso, hoje em dia, trabalham muito com o implante coclear e a maioria dos profissionais da saúde não consideram o direito linguístico do surdo, apenas dominam que ele deva treinar a audição com tecnologia e a oralização.


“Agora com a língua de sinais, o surdo pode enxergar e se expressar naturalmente, sem esforço”

Esse fato se apresenta de maneira muito complicada, pois muitos surdos não conseguem evoluir com apenas oralização, que não faz muito sentido para eles sem ouvir de verdade. Para falar a verdade, os aparelhos auditivos e implantes cocleares apenas amplificam os ouvidos, mas não querem dizer que o surdo escuta como os ouvintes, nunca terão ouvidos “naturais”, ainda há muitas falhas. Agora com a língua de sinais, o surdo pode enxergar e se expressar naturalmente, sem esforço, e a maioria dos profissionais da saúde não reconhece isso. Nos hospitais, nos postos de saúde, nas clínicas, não dão atenção à língua de sinais, ao bem-estar do surdo, ao seu desenvolvimento cognitivo e afetivo. Isso acontece pelo Brasil todo, e é extremamente sério!

Acredito que isso tem a ver com a falta de formação dos profissionais dessa área sobre o surdo, a língua de sinais, os direitos. Como aqueles movimentos direcionados à educação bilíngue foram bem grandes, atualmente as disciplinas de

Libras são obrigatórias nos cursos superiores na modalidade licenciatura, que tem professores especialmente. Agora os profissionais de saúde, não. O que demonstra falta de movimento e diálogo na área de saúde. Mas, então, agora, com o aumento de profissionais de saúde com interesse em atuar em Libras, de surdos necessitando de psicólogos para cuidar de sua saúde mental e afetiva, o CRP abrindo a porta para discutirmos e desenvolvermos documentos referentes aos psicólogos bilíngues. Isso está acontecendo, principalmente, neste ano com vários eventos, por exemplo, Congresso Nacional de Psicologia Bilíngue Libras/Português aqui em São Paulo, no final de junho, depois teve a primeira roda de conversa sobre construção de “Referências Técnicas e Éticas para Atendimento Clínico de Pessoas Surdas”, sendo organizada pelo CRP.

Assim, Mirna Pagliuso e eu organizamos esta roda pensando na criação de um documento com orientações aos psicólogos do Brasil todo, principalmente àqueles que trabalham com surdos ou desejam oferecer atendimento clínico em Libras. Ainda teremos a segunda roda na terceira semana de outubro de 2018. Então, como sou psicóloga surda e também bilíngue, tenho muita preocupação com a saúde e bem-estar mental do surdo. Sei que há muita gente envolvida em prol da educação bilíngue e do direito linguístico do surdo, mas e da saúde? Muito pouquíssimo. Estou começando neste ano, pois tenho percebido muita falta de informações, materiais, pesquisa, diálogo entre profissionais da saúde a respeito dos direitos linguísticos do surdo. Apesar disso, estou feliz e realizada em ver que há pessoas com grande interesse em pensar e trabalhar em prol da saúde e bem-estar do surdo.

Para finalizar a minha fala, já que sou surda e, ao mesmo tempo, uma profissional da saúde, eu posso compreender de nossas reais demandas e, com isso, já aproveito para pensar, trabalhar e representar surdos aqui no CRP. Acredito que este é o sentido do protagonismo para mim e para minha atuação como psicóloga em favor da democracia, dos direitos do surdo, do seu bem-estar mental e social. Espero que eu tenha passado a todos vocês o que eu queria trazer e o que vocês esperavam de mim. Mas qualquer coisa que queiram saber de mim, quaisquer dúvidas complementares, fiquem à vontade para falar comigo. Obrigada pela atenção de vocês e também dos meus colegas desta mesa. Foi um prazer conhecer vocês. 



Realização:



Conselho
Regional de
PSICOLOGIA SP