

Prof. Henry V. Cobb
Prof. Peter Mittler

DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENTRE DEFICIÊNCIA E DOENÇA MENTAL

Uma Tomada de Posição



“Diferenças Significativas entre Deficiência e Doença Mental” foi aprovado e adoptado como uma tomada de posição oficial da International League of Societies for Persons With Mental Handicap.

Publicado em Setembro de 1980.

Editor: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Traduzido de: *Significant Differences Between Retardation and Mental Illness* da International League of Societies for Persons with Mental Handicap

Local e data de edição: Lisboa, 2005

Colecção: Folhetos SNR N.º 54

ISBN: 972-9301-92-1

Fotocomposição e Impressão: Graforim, Artes Gráficas. S. A.

Prof. Henry V. Cobb
Prof. Peter Mittler

**DIFERENÇAS
SIGNIFICATIVAS
ENTRE DEFICIÊNCIA
E DOENÇA MENTAL**



ÍNDICE

1. Preâmbulo.....	3
2. Deficiência Mental.....	3
3. Doença Mental	6
4. Deficiência Mental com complicações psiquiátricas.....	8
5. Conclusões	11

1. PREÂMBULO

1.1. A Liga Internacional das Sociedades para os Deficientes Mentais, que representa organizações voluntárias de pais e outros em cerca de 63 países, está convencida da importância de salientar as necessidades próprias das pessoas com deficiência mental a fim de que os serviços destinados a satisfazer essas necessidades possam ser devidamente estruturados e desenvolvidos. Apesar de reconhecer que as pessoas com incapacidades várias têm necessidades comuns e têm muito em comum com as necessidades de todos os outros cidadãos, cremos que é de particular importância fazer uma clara distinção entre a deficiência e a doença mental para que cada uma delas possa ser tratada convenientemente, de acordo com as suas características.

1.2. Concluimos que os serviços especiais de que necessitam as pessoas deficientes mentais devem ser separados daqueles que se destinam aos doentes mentais. Torna-se, no entanto, essencial que os deficientes tenham pleno acesso a serviços psiquiátricos sempre que deles necessitarem, tal como os restantes cidadãos.

1.3. Apesar da confusão entre as duas situações derivar em parte das terminologias usadas nas várias línguas, devem reconhecer-se certas diferenças fundamentais nos próprios conceitos e nas diferentes situações descritas pelos termos de uso corrente.

2. DEFICIÊNCIA MENTAL

(Atraso Mental. Debilidade, Sub-Normalidade)

2.1. Tal como é mais vulgarmente usada hoje em dia, a expressão deficiência mental envolve duas componentes essenciais, uma ligada a factores de desenvolvimento (idade biológica) outra a factores sócio-culturais:

- i) funcionalidade intelectual significativamente abaixo da média e que seja notório desde tenra idade;
- ii) incapacidade significativa para se adaptar às exigências culturais da sociedade.

2.2. É agora largamente aceite que, antes de um indivíduo poder ser classificado como deficiente mental, deverá provar-se que tanto o seu funcionamento intelectual como o seu comportamento adaptativo estão afectados, avaliados segundo critérios objectivos de medição.

Nem um nível baixo de inteligência nem um comportamento adaptativo afectado são, por si só, suficientes para este diagnóstico.

2.3. A deficiência mental não é em si própria uma doença. Ela compreende uma vasta gama de condições que, apesar de serem muitas vezes causadas por infecções biológicas e afecções orgânicas, podem também ser devidas a causas sociais e psicológicas complexas. Em muitos casos, a causa específica duma deficiência mental é desconhecida.

2.4. O trabalho do dia a dia com indivíduos que são deficientes mentais tem como principal objectivo o desenvolvimento, ou seja, trata-se de ajudar cada indivíduo de forma sistemática a desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões, qualidades pessoais, e de o ensinar a adaptar-se às exigências da sociedade mais vasta em que ele vive. O tratamento eficaz também exige uma adaptação técnica e psicológica da sociedade à pessoa em questão.

2.5. Se se aceita que o desafio posto pela deficiência mental é fundamentalmente de natureza evolutiva, infere-se daí que os serviços devem ter como objectivo ajudar cada indivíduo a aprender a desenvolver plenamente as suas capacidades, a fim de reduzir a sua dependência e aumentar a sua competência. Isto, por sua vez, exige a intervenção de maior número de especialistas no campo do ensino e da habilitação do que no domínio da medi-

cina terapêutica ou da psiquiatria, embora estes tenham um papel contínuo e relevante a desempenhar.

2.6. A deficiência mental manifesta-se geralmente na primeira infância, na idade pré-escolar ou ainda nos anos escolares quando se torna evidente uma lentidão anormal na evolução do comportamento, sob a forma de dificuldades na adaptação às exigências da vida quotidiana, na compreensão e utilização da linguagem e na assimilação de significados gerais ou abstractos. Os serviços para deficientes mentais procuram-se, assim, grandemente com as crianças e os jovens mas estendem-se a todas as idades consoante as necessidades, desde a infância à velhice. Ainda que os profissionais da saúde possam dar uma contribuição-chave na prevenção primária, na identificação e diagnóstico precoces, no tratamento do bebé em risco ou da criança com deficiência graves e na manutenção da saúde, a contribuição principal é dada aos serviços, durante a infância, pelo pessoal de educação e de serviço social, de preferência na mais completa colaboração com a família da criança. Na vida adulta são necessários especialistas que ajudem na adaptação ocupacional e social, e na vivência em comunidade.

2.7. Se o indivíduo deficiente mental sofre de qualquer outra afecção crónica, deverá ter acesso à gama completa de serviços médicos e paramédicos apropriados, que estão normalmente à disposição da restante comunidade. Isto inclui os serviços de médicos habilitados e experientes, nomeadamente de pediatras, psiquiatras, oftalmologistas, otorrinolaringologistas e especialistas em medicina física, ortopedia e medicina geriátrica, assim como de enfermeiras experientes e devidamente treinadas, dentistas, terapeutas da fala, audiologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. É importante que todos os profissionais que trabalhem com pessoas deficientes mentais sejam formados e experientes na adaptação das suas capacidades às características específicas desta população.

2.8. Presentemente é seriamente posta em causa a necessidade de cuidados hospitalares ou institucionais permanentes, salvo para uma pequena minoria de pessoas deficientes mentais. Poder-se-á aceitar que uma minoria de indivíduos grave ou profundamente deficientes com alterações de comportamento ou de desenvolvimento complexas e incontroláveis possam necessitar de tratamento intensivo num ambiente terapêutico especializado. No entanto, a grande maioria de pessoas deficientes mentais que necessitam de cuidados domiciliários como parte do seu tratamento podem ser convenientemente tratadas nos serviços diurnos normais ou especializados, tais como as escolas, oficinas e estabelecimentos de reeducação, embora vivendo nas suas casas com a família, em residenciais, lares ou outro tipo de residência convenientemente adaptada. Mesmo os profundamente deficientes estão agora a ser ajudados a viver em ambientes comunitários. Podem ser criados serviços de apoio administrados de forma adequada, a fim de preencher a lacuna existente entre as possibilidades de cada residente e as exigências da vida em comunidade.

3. DOENÇA MENTAL

(Perturbações de Ordem Psiquiátrica)

3.1. *Doença mental* é um termo geral usado aqui de modo a abranger várias perturbações que afectam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual. Caracteriza-se por reacções emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, por distorções (e não por deficiência) da compreensão e da comunicação, e por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação. Os sistemas de classificação formais adoptados pelas organizações internacionais fazem normalmente uma distinção entre estados psicóticos (por exemplo, esquizofrenia e doenças maniaco-depressivas), as perturbações de origem orgânica (por

exemplo as demências e perturbações degenerativas do cérebro), as perturbações psiconeuróticas (por exemplo, estados de ansiedade e perturbações obsessivas) e perturbações de comportamento e personalidade.

3.2. As doenças mentais graves surgem habitualmente na adolescência ou na vida adulta, sendo menos frequentes, nas crianças. Embora se manifestem com frequência como uma alteração súbita, aguda e incapacitante do comportamento até então normal, e ocasionalmente associada com alterações bioquímicas ou abuso de drogas, está frequentemente relacionada com imaturidade, há muito existentes em aspectos significativos do desenvolvimento da personalidade, com experiências de *stress* pessoal grave e prolongado ou ainda com conflitos psicológicos. Pode também estar associada com várias condições orgânicas de natureza neurológica, genética ou bioquímica.

A expressão “doença mental” é frequentemente utilizada para designar doenças psicóticas ou degenerativas graves dentro da classificação geral das perturbações psiquiátricas ou mentais. Optámos por usar esta expressão como significando perturbações psiquiátricas, abrangendo a vasta gama de síndromas e graus de gravidade.

As doenças mentais podem manifestar-se de forma aguda, crónica ou intermitente. Tais perturbações podem ser precedidas por dificuldades de ordem social, pessoal e educacional antes dos sintomas definitivos da doença se tornarem evidentes. As perturbações psiquiátricas menos graves, tais como perturbações emocionais e alterações de comportamento são mais frequentes nas idades mais jovens e podem manifestar-se em qualquer idade; mas esta distinção entre reacções normais ao *stress* e reacções psicopatológicas deve ser diagnosticada cuidadosamente.

3.3. Nas doenças mentais agudas, constitui uma primeira necessidade proporcionar tratamento psiquiátrico e de enfermagem, quer na comunidade, no dispensário ou em consultas externas, ou em centros especializados para tratamento psiquiátrico. Em

muitos países a hospitalização dá, presentemente, grande relevo à possibilidade de tratamento psiquiátrico num hospital geral normal em regime interno. O tratamento das formas mais ligeiras de doença mental está geralmente a cargo de clínicas de saúde mental ou de médicos particulares. O tratamento consiste, geralmente, na utilização cuidadosamente planeada de medicamentos neuro-lépticos apropriados, associado a várias formas de psicoterapia, de carácter verbal ou não verbal. O objectivo é intervir activa e sistematicamente na doença e ajudar a pessoa a retomar a sua vida plenamente na comunidade, tão depressa quanto possível, com manutenção de apoio especializado na medida do necessário. As inovações recentes na “psiquiatria de comunidade” chamam a atenção para a qualidade do ambiente em que as pessoas vivem. Estão a ser empreendidos cada vez maiores esforços, no sentido de manter mais indivíduos com doenças mentais crónicas na comunidade, em vez de os reter mais ou menos permanentemente em instituições psiquiátricas. O tratamento de perturbações psiquiátricas dá cada vez mais ênfase ao princípio da “normalização” tal como acontece com o tratamento de deficientes mentais.

3.4. Apesar de existirem inúmeras características comuns nos métodos de tratamento da doença mental e da deficiência, os primeiros incidem geralmente na reeducação das pessoas por forma a retomarem o seu estilo de vida até aí normal ou quase normal, enquanto os segundos incidem no ensino da capacidade de viver em comunidade pela primeira vez. Esta é, essencialmente, a diferença entre os objectivos da reabilitação e da habilitação.

4. DEFICIÊNCIA MENTAL COM COMPLICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

4.1. Alguns indivíduos deficientes mentais estão, além disso, diminuídos por perturbações psiquiátricas. Estas poderão ter existido, em certo grau, desde os primeiros anos de vida, ou podem ter-se

manifestado só numa fase posterior. A experiência passada tem demonstrado que as pessoas deficientes mentais são mais susceptíveis de sofrerem de perturbações psicóticas, neuróticas ou de comportamento do que a generalidade da população. Isto pode ser resultado de uma diminuição orgânica subjacente ou do tipo de experiência decorrente de tratamentos tradicionais. Não raramente, portanto, torna-se necessário uma combinação de terapêuticas psiquiátricas e de desenvolvimento.

4.2. As pessoas deficientes mentais são particularmente vulneráveis ao *stress* que resulta das experiências de insucessos frequentes, da tensão e do esgotamento no trabalho, das relações familiares ou das amizades e da rejeição por parte de colegas a que eles atribuem importância. Este *stress* pode provocar distúrbios emocionais e sociais exacerbados pela capacidade de adaptação limitada que afectam assim, ainda mais, o desenvolvimento da personalidade. Para além disto, a existência de uma lesão cerebral ou de epilepsia pode também afectar o funcionamento e a capacidade de resposta do indivíduo. Por último, o autismo é uma afecção complexa que geralmente envolve não só atraso primário ou secundário como também características psicóticas, enquanto que a esquizofrenia infantil provoca insucessos intelectuais e educacionais secundários, juntamente com comportamento social e desenvolvimento inadaptados – i.e. os sintomas da deficiência mental.

4.3. Quando um mesmo indivíduo sofre de deficiência e de doença mental ou de perturbações emocionais, criam-se problemas especiais de diagnóstico e tratamento. As pessoas deficientes com perturbações psiquiátricas adicionais deverão, portanto, ter acesso a especialistas habilitados e experientes, a fim de poderem receber tratamento adequado às suas múltiplas necessidades. É, no entanto, de notar que as formas tradicionais de psicoterapia que dependem fundamentalmente da comunicação verbal e da conceptualização podem não ser adequadas aos indivíduos deficientes mentais que estão diminuídos precisa-

mente naquelas funções. Esta realidade aponta para a necessidade de uma formação e experiência especializadas do pessoal que presta serviços psiquiátricos aos indivíduos deficientes, dando especial relevo a técnicas não-verbais e de situação, incluindo, mas não se limitando, às formas clássicas e operacionais da modificação do comportamento.

4.4. Orientação Terapêutica Familiar

A descoberta de que uma criança é deficiente causará certamente nos pais *stress* e choques intensos. A adaptação a esta situação e a tentativa de enfrentar a realidade do acontecimento podem provocar grande tensão nos recursos psicológicos dos pais e na estabilidade da família. As reacções de negação, de tristeza, de desilusão, de raiva, culpabilidade, depressão e ansiedade são respostas humanas normais a crises e situações de *stress* e não devem ser consideradas, só por si, como psicopatológicas. A maioria dos pais, nestas circunstâncias, atravessam fases sucessivas de adaptação e de solução dos problemas com que são confrontados. Nalguns casos em que existem já tensões nas relações matrimoniais ou familiares, ou em que há antecedentes de doença mental, pode haver uma grave ruptura na estabilidade pessoal ou familiar com a chegada de uma criança deficiente. Isto poderá exigir cuidados psiquiátricos intensivos. Tais casos são, no entanto, relativamente raros. Na maioria das vezes, os pais poderão, durante o período da crise, beneficiar de meios menos formais de psicoterapia e orientação. Estes deverão ter como objectivo aumentar as suas capacidades para lidar com os problemas de uma forma realista e aliviar os seus sentimentos de perda, de culpa, de ansiedade e de estima. Nalguns países existe a prática de “terapia familiar” feita por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais devidamente habilitados para ajudar as famílias a ultrapassar períodos críticos das suas vidas. Também nalguns países, os próprios pais que conseguiram ultrapassar a crise podem ser um grande auxílio para outros pais que estão a vivê-la pela primeira vez. Tal ajuda pode vir a constituir-se num serviço organizado.

5. CONCLUSÕES

5.1. Os indivíduos com deficiência mental têm necessidades distintas das pessoas com doenças mentais. Dado que os dois tipos de assistência são igualmente importantes e devem funcionar em estreita colaboração, é fundamental que o tratamento de cada indivíduo seja adequado às necessidades reais da pessoa.

5.2. Apesar das origens históricas comuns do tratamento moderno da doença mental e da deficiência mental, e de se manter a necessidade de um certo grau de sobreposição, cremos que chegou a altura de efectuar uma clara separação dos serviços. Cada uma destas áreas de incapacidade requerer os seus próprios especialistas e os seus próprios esquemas de criação de serviços. A legislação deveria prever vias administrativas separadas para a doença mental e para a deficiência. A relação entre elas deverá ser semelhante às relações existentes entre todos os outros tipos de serviços de assistência. Isto não impede que em certas circunstâncias haja vantagem na utilização de serviços de diagnóstico completo ou de locais de tratamento que abrangem indivíduos com diversas formas de incapacidade.

5.3. As disposições legais relativas a internamento compulsivo e perda dos direitos civis para as pessoas que sejam afectadas por doença mental, não devem ser aplicadas automaticamente aos deficientes mentais. Nos casos em que seja necessário o internamento compulsivo de indivíduos deficientes, para a sua auto-protecção ou a protecção de outros, ela deverá enquadrar-se dentro dos direitos civis e humanos geralmente aplicáveis. A limitação do exercício de direitos deverá ser sempre a mínima necessária para a protecção dos interesses e bem-estar da pessoa deficiente.

5.4. A fim de ir ao encontro das necessidades dos que sofrem, quer temporária, quer permanentemente, tanto de deficiência

como de doença mental, as estruturas locais deverão assegurar o acesso total aos serviços adequados em relação a ambas as situações. Isto implica a necessidade de formação específica de pessoal para a completa avaliação e diagnóstico para o fornecimento de serviços psiquiátricos adequados aos indivíduos com deficiência mental. Constitui requisito fundamental o financiamento adequado por uma entidade central.

5.5. Recomendamos, portanto que todas as organizações internacionais, governamentais e não governamentais, tenham em consideração a diferença entre o deficiente mental e o doente mental e respectivas necessidades, quer no que diz respeito a planeamento, quer em todos os documentos relacionados com serviços destinados a indivíduos com necessidades especiais.



A “International League of Societies for the Mentally Handicapped”, fundada em 1960 por representantes de associações de pais de deficientes mentais, amigos e profissionais na área da deficiência mental, dedica-se à defesa dos direitos e interesses dos deficientes mentais, independentemente da nacionalidade, raça ou religião. A Liga dedica-se aos problemas relacionados com a deficiência mental: entre eles a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce; educação e formação; recursos económicos, segurança social e integração; tutela; relações interfamiliares; correcta aplicação da lei e ensino oficial.

Os principais objectivos da Liga são:

1. Determinar, com a ajuda dos indivíduos deficientes mentais, das suas famílias e dos especialistas, quais os requisitos necessários para que os deficientes mentais possam levar uma vida o mais normal possível.
2. Divulgar informações úteis e promover contactos entre as sociedades filiadas.
3. Incentivar a criação de novas sociedades.
4. Iniciar e desenvolver contactos com organizações internacionais, governamentais ou não governamentais, a fim de representar as sociedades nacionais suas filiadas.
5. Promulgar os princípios básicos expostos na Declaração dos Direitos dos Indivíduos Deficientes Mentais, da O.N.U..
A fim de alcançar estes objectivos, a Liga, com o auxílio da suas sociedades membros, organiza simpósios internacionais de especialistas, conferências regionais e congressos mundiais. A Liga publica os resultados destas iniciativas num boletim informativo traduzido para quadro idiomas e publica também vários folhetos sobre temas de interesse geral.

A Liga tem estatuto consultivo junto da UNESCO, ILO, WHO, ECOSOC e do Conselho da Europa, e tem relações oficiais com outras organizações internacionais interessadas na problemática da deficiência.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL



**SECRETARIADO NACIONAL PARA
A REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO
DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Av. Conde Valbom, 63
1050 LISBOA
Tel.: 21 792 95 00
Fax: 21 792 95 09
www.snripd.pt