



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL- DOUTORADO

NÚCLEO DE PESQUISA EM DESENVOLVIMENTO SÓCIO-MORAL

**DIREITOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS**

LÍVIA SALES CIRILO

João Pessoa-2015

LIVIA SALES CIRILO

**DIREITOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Psicologia Social da Universidade Federal da
Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof(a) Dra. Cleonice Pereira dos Santos Camino

João Pessoa- 2015

LIVIA SALES CIRILO

DIREITOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS

Tese aprovada em: _____, de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof(a) Dra. Cleonice Pereira dos Santos Camino (Orientadora)

Prof(a) Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli- UFPB

Prof(a) Dra. Florianita Coelho Braga Campos- UNIFESP

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho- UFCG

Prof(a) Dra. Suerde Miranda de Oliveira Brito- UEPB

João Pessoa- 2015

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura: Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente. A loucura evidencia-se mais facilmente sob essa nossa vida agitada, assustadora, opressiva e violenta (Basaglia, 1982).

A Marcus, Pedro, Socorro, Gideon, Yara e Júnior, pela presença, suporte, afeto e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Nada do que até agora conquistei foi fácil, foi necessário muita persistência, força e determinação... Agradeço a Deus, meu protetor maior por ter me guiado até aqui e pela certeza que tenho que continuará sempre a me orientar.

Meus eternos agradecimentos à minha família, fonte inspiradora de amor, motivação e fé.

Ao meu esposo e ao meu filho Pedro, por entender as minhas ausências, pelo apoio e incentivo, todo o meu amor.

A minha orientadora Prof (a) Cleonice Pereira, meu sublime agradecimento, por ter me aceitado desde o primeiro momento em que a busquei, pela atenção, pelas aprendizagens e também pela oportunidade de ter sido monitora da sua disciplina durante a graduação, mesmo que por pouco tempo, ainda guardo muito do que aprendi....

Ao Prof. Pedro de Oliveira Filho, Prof(a) Ana Alayde Werbenha, Prof(a) Suerde Miranda de Brito e Prof(a) Florianita Braga Campos, por gentilmente aceitar o convite para participar da banca de defesa, pela leitura atenta e pelas contribuições que muito enriqueceram esse trabalho.

À Prof(a) Penha por pacientemente me receber e me auxiliar na etapa de análise do ALCESTE.

À Vitória Maria Barbosa, por ter me ajudado a plantar essa semente, quando ainda pensava em fazer o Mestrado.

Aos amigos da vida, de infância, aos amigos que tive a oportunidade de conhecer durante o Doutorado, em especial a Ana Cristina Loureiro e Lydia Sena, pela companhia e escuta sempre atenta e a Izayana Feitosa, por ter sido meu anjo de luz nos momentos mais difíceis.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da UFPB.

Aos profissionais que participaram da pesquisa, por disporem de tempo e de atenção, para que os objetivos dessa pesquisa pudessem ser alcançados

Aos usuários dos serviços de saúde mental, que deram sentido à essa pesquisa e aos militantes da Reforma Psiquiátrica, que despertam a crença na possibilidade de um tratamento mais digno e humanizado na assistência em saúde mental.

À Elza, por ter cuidado tão bem do meu filho, nos momentos em que precisei me ausentar.

A todos que contribuíram para a realização desse trabalho e concretização de um sonho, meu muito obrigada!

RESUMO

A cidadania e o cumprimento dos direitos humanos tornaram-se eixos norteadores das novas formas de atendimento em saúde mental, alicerçadas na Reforma Psiquiátrica, contudo parecem ainda existir ações que ferem o respeito aos direitos humanos. No cotidiano dos novos serviços de saúde mental, o objetivo é que os direitos humanos sejam respeitados. Historicamente foram criadas leis que tratam dessa questão, a exemplo da Lei 10.216. As leis e portarias se configuram como um aparato legal na garantia desses direitos, porém se observa uma discrepância entre conhecer os direitos dos portadores de transtorno mental e consolidar estratégias que busquem essa garantia. Este estudo teve como objetivo principal identificar as representações sociais dos direitos humanos de profissionais dos serviços de saúde mental- CAPS. Os objetivos desse estudo foram respondidos a partir de uma pesquisa cujas bases teóricas e metodológicas foram desenvolvidas por Moscovici e por Willem Doise. O presente estudo trata-se de uma pesquisa ex- post facto, do tipo quantitativa e qualitativa. Foram entrevistados 60 profissionais de nível superior dos Centros de Atenção Psicossocial e utilizados como instrumentos: um questionário sócio- demográfico, as escalas de medidas psicossociais e uma entrevista semiestruturada. Este estudo se pauta nas normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Saúde na Resolução de nº 196, no que se refere aos procedimentos éticos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Na análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin, análises estatísticas e o programa estatístico ALCESTE. Os resultados indicaram que as representações sociais dos direitos humanos foram ancoradas na Reforma Psiquiátrica e na implantação dos serviços CAPS. A maioria dos participantes relataram que há mudanças, mesmo que discretas, na forma como a doença mental é vista pela sociedade. O dendrograma foi composto por dois grupos: Avaliação da Reforma e Ressocialização e cidadania. O primeiro deles agrupou as classes: crítica à assistência e Legislação e o segundo grupo reuniu as classes: causa das doenças, papel dos profissionais e Inserção Social. Ao mesmo tempo em que os profissionais relataram conhecer aspectos importantes da Reforma Psiquiátrica e da nova política de atendimento, no cotidiano dos serviços as ações de efetivação dos direitos humanos parecem ser escassas. Os profissionais relataram ainda limitações relacionadas ao excesso de atividades, pouca divulgação dos direitos e outras questões. No que se refere ao nível de envolvimento com os direitos humanos, os resultados mostraram que no nível pessoal, os profissionais avaliaram que devem se envolver e têm se envolvido na questão dos direitos, enquanto que no nível governamental, os respondentes avaliaram que o Governo deve se envolver na defesa dos direitos, porém na prática pouco tem feito. Tais resultados indicam a necessidade de reflexão e avaliação dos serviços para que haja uma intersecção entre teoria e prática e concomitantemente uma busca efetiva pelo cumprimento dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Representações Sociais, Reforma Psiquiátrica, Direitos Humanos.

ABSTRACT

The citizenship and the fulfillment of human rights have become guiding principles of the new forms of mental health care, grounded in the psychiatric reform, yet still seem to be actions that hurt the respect for human rights. In the daily life of the new mental health services, the goal is that human rights are respected. Historically laws were created to address this issue, such as the Law 10.216. The laws and ordinances are configured as a legal apparatus in ensuring these rights, but it is possible to notice a discrepancy between knowing the rights of the mentally ill and consolidate strategies that seek this guarantee. This study aimed to identify the social representations of human rights of professionals of mental health services - CAPS. The objectives of this study were answered through a research which theoretical and methodological bases were developed by Moscovici and Willem Doise. This study deals with an ex post facto research of the quantitative and qualitative type. We interviewed 60 graduated professionals in the mental health services and used as instruments: a socio-demographic questionnaire, scales of psychosocial measures and a semi-structured interview. This study follows rules established by the National Health Committee according to Resolution 196, with regard to the ethical procedures, being submitted and approved by the Ethics Committee in Research of the State University of Paraiba. In the data analysis we used the Bardin content analysis, statistical analysis and the statistical program ALCESTE. The results indicated that the social representations of human rights were anchored in the psychiatric reform and implementation of CAPS services. Most participants reported that there are changes, even if subtle, in the way mental illness is viewed by society. The dendrogram was composed by two groups: Reform Evaluation and re socialization and citizenship. The first one grouped the categories: criticism to assistance and legislation and the second group gathered the categories: cause of diseases, role of professionals and social inclusion. While the professionals reported knowing important aspects of psychiatric reform and the new attendance policy, the daily services of the human rights effective actions appear to be scarce. The professionals also reported limitations related to a large number of activities, little disclosure about the rights and other issues. As regards the level of involvement in human rights, the results showed that at the personal level, the professionals evaluated that should be involved and have been involved in the rights issue, while at the governmental level, respondents rated that the Government should engage in advocacy of rights, but in practice little is done. These results indicate the need for reflection and evaluation of services so that there is an intersection between theory and practice and concomitantly an effective search for the fulfillment of human rights of people with mental disorders.

Keywords: Mental Health Services, Social Representations, Psychiatric Reform, Human Rights.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa dos dados sociodemográficos dos profissionais entrevistados.....	151
Tabela 2. Frequência absoluta e relativa de respostas às categorias relativas à Questão: Quais direitos você conhece? Pode me citar alguns?.....	156
Tabela 3. Frequências absoluta e relativa das Respostas relativas à pergunta: “Onde você ouviu falar sobre esses direitos?”.....	157
Tabela 4. Frequências absoluta e relativa das respostas dos profissionais dos CAPS à pergunta “O que você acha da Lei 10.216?”.....	159
Tabela 5. Frequências absoluta e relativa das respostas a pergunta: Vocês falam sobre direitos aos usuários desse serviço?	160
Tabela 6. Frequências absoluta e relativa das respostas sobre as formas de empenho para aplicação do DH.....	162
Tabela 7. Frequências absoluta e relativa das respostas a pergunta: Como um serviço de saúde mental como esse pode defender e promover os DH?.....	165
Tabela 8. Análise descritiva da utilidade das instituições para apoio ao portador de transtorno mental.....	166
Tabela 9. Análise descritiva e comparações emparelhadas das avaliações a respeito da importância das entidades para o cumprimento dos direitos dos portadores de transtorno mental.....	168
Tabela 10. Análise descritiva e comparações emparelhadas sobre a contribuição das atividades sociais para ressocialização dos portadores de transtorno mental.....	169

Tabela 11. Estatísticas descritivas e comparações emparelhadas dos níveis de envolvimento com os direitos humanos.....	170
Tabela 12. Frequência absoluta das respostas dos profissionais sobre as mudanças na forma como a doença mental é vista pela sociedade.....	174

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Dendrograma com a classificação hierárquica descendente.....	194
---	-----

LISTA DE SIGLAS

ALCESTE- Analyse Lexical Par Contest D'um Esemble De Segmens Text

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infantil

DH- Direitos Humanos

DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental

DUDH- Declaração Universal dos Direitos Humanos

ERPC-A- Escala avaliativa de atividades para ressocialização e cidadania do paciente portador de transtorno mental

ERCP-C- Escala de atividades para a ressocialização e cidadania do paciente portador de transtorno mental

ICANERF- Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

MS- Ministério da Saúde

MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OPAS- Organização Pan Americana de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS- Teoria das Representações Sociais

PFL- Partido da Frente Liberal

PMDB-Partido do Movimento Democrático brasileiro

PT- Partido dos Trabalhadores

PVC- Programa de Volta para Casa

X² - Qui-Quadrado

SUMÁRIO

EPÍGRAFE.....	iv
DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xii
LISTA DE SIGLAS.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	16
1- DIREITOS HUMANOS.....	23
1.1- Concepções de Direitos Humanos.....	23
1.2- Evolução histórica.....	27
1.3- A Declaração Universal dos Direitos Humanos.....	34
2- SAÚDE MENTAL E CIDADANIA.....	39
2.1- A luta pelos direitos do portador de transtorno mental no mundo.....	40
2.1.1-Os movimentos pró- reforma: a busca pela cidadania do portador de transtorno mental.....	41
2.1.2- A Psiquiatria Italiana: Desconstruindo o hospital psiquiátrico.....	49
2.2- Evolução histórica dos direitos dos portadores de transtornos mentais no Brasil.....	59
2.3- Reforma Psiquiátrica e direitos dos portadores de transtornos mentais.....	63
2.4-A Saúde Mental em Campina Grande-PB.....	77
3- AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	90

3.1- A Teoria de Moscovici.....	91
3.2- A proposta de Denise Jodelet.....	102
3.3- A Teoria Estruturalista das Representações Sociais.....	106
3.4- A Teoria Psicossociológica de W. Doise.....	109
4- ESTUDOS EMPÍRICOS.....	117
5- OBJETIVOS.....	134
6- MÉTODO.....	136
6.1- Delineamento da pesquisa.....	137
6.2- Cenário de estudo.....	137
6.3- Participantes.....	138
6.4- Instrumentos.....	139
6.5- Procedimentos.....	142
6.5.1- Éticos.....	142
6.5.2- Administração.....	142
6.6- Análise e tratamento dos dados.....	143
6.6.1- Questões semi estruturadas.....	144
6.6.2- Análise Lexical.....	145
7- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	148
7.1- Características sociodemográficas da amostra.....	149
7.2- Análise Estatística e Análise Semântica.....	152
7.3- Discussão da Análise Semântica e Estatística.....	174
7.4- Resultados Análise Lexical.....	193
7.5- Discussão Análise Lexical.....	199
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	206
REFERÊNCIAS.....	212
APÊNDICES.....	230

INTRODUÇÃO



INTRODUÇÃO

O estudo realizado tem a finalidade de identificar e analisar as representações sociais de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campina Grande- PB sobre direitos humanos.

Os direitos humanos têm alcançado nas últimas décadas um maior destaque, principalmente após a implementação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no entanto são crescentes os fatos que demonstram a violação dos mesmos.

Na saúde mental, um dos casos mais graves de desrespeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais refere-se ao processo Damião Ximenes. O Brasil foi levado a julgamento na Corte Internacional de Direitos Humanos da Costa Rica por um caso ocorrido em 1999, a morte de Damião Ximenes Lopes, um paciente que faleceu em decorrência de violência cometida em um hospital psiquiátrico de Sobral, no interior do Ceará. O Brasil ter sido levado à Corte Internacional por denúncia de violação dos direitos humanos no campo da saúde mental é extremamente relevante, mas representa um paradoxo: o país que se esforçava para construir uma política de saúde mental ancorada na defesa dos direitos humanos foi justamente aquele levado ao tribunal internacional sobre esse tema, constituindo um dos primeiros casos graves de afronta aos direitos humanos no campo da saúde mental. A posição da Corte foi clara: reconheceu a responsabilidade do Estado Brasileiro na morte do paciente (Delgado, 2011).

No Brasil, foi a partir da década de 70 que se iniciaram alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à assistência psiquiátrica. A violência nos manicômios e a exclusão já eram pautas de discussões que reivindicavam os direitos do portador de transtorno mental (Amarante, 1995).

Diante das denúncias realizadas sobre maus tratos, violência e morte, se iniciou o movimento denominado Reforma Psiquiátrica, que tem entre outras características, a luta pelos direitos dos portadores de transtorno mental, principalmente no que concerne a sua cidadania e a necessidade de um tratamento digno.

Com o objetivo de elencar pontos que apontam para a importância da realização de estudos acadêmicos relacionados aos direitos humanos, especificamente na saúde mental, destacam-se as notícias estampadas nos jornais, a exemplo da reportagem publicada no Correio da Paraíba (2005), intitulada: “Doentes nus e abandonados levam o Ministério da Saúde a intervir no Hospital ICANERF”, que denunciam a desumanização e desrespeito aos direitos das pessoas atendidas. Em 2010 foram deflagradas algumas denúncias sobre práticas dos profissionais de saúde de um hospital psiquiátrico de João Pessoa (Bernardo, 2010). Fatos que desrespeitam gravemente os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais atendidos nesses serviços e que dão uma ideia da justificção da escolha desse tema.

É possível vislumbrar que a busca da conquista e da cidadania caracteriza-se como eixo norteador do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde os seus primórdios, se constituindo como premissa dos Serviços substitutivos e palavra chave nas legislações vigentes. Neste sentido destaca-se que os profissionais de saúde têm assumido importante papel como disseminadores de informações sobre direitos, participando da conscientização dos usuários dos serviços e suas famílias e buscando a reinserção social.

No cotidiano dos serviços de saúde mental alicerçados na Reforma Psiquiátrica, o objetivo é que os direitos humanos sejam respeitados. Historicamente foram criadas leis que tratam dessa questão, a exemplo da Lei 10.216, aprovada após 12 anos de difícil tramitação no Congresso Nacional. A aprovação foi de um projeto substituto ao projeto original, trazendo consideráveis modificações. Nota-se que a Lei e as portarias se

configuram como um aparato legal na garantia desses direitos, porém é observada uma discrepância entre conhecer os direitos dos portadores de transtorno mental e consolidar estratégias que busquem sua garantia (Delgado, 2000).

Diante de tais constatações é válido questionar: Quais as representações sociais elaboradas pelos profissionais de saúde mental sobre os direitos humanos? Quais os direitos humanos conhecidos? A quem os participantes atribuem o cumprimento dos direitos humanos? Os profissionais de saúde mental conhecem a Lei da Reforma Psiquiátrica? Os resultados encontrados nessa população seriam semelhantes aos encontrados por outros autores em relação à temática representações sociais de direitos humanos (Doise & Herrera, 1994; Doise, Spini & Cleménce, 1999; Galvão, Da Costa & Camino, 2005; Fernandez & Camino, 2006; Feitosa, 2009, Santos, 2009, Santos, 2013)?

O novo modelo de atendimento em saúde mental, alicerçado nos Centros de Atenção Psicossocial e outros dispositivos, surgiu, no entanto há uma escassez de estudos que analisam as representações sociais dos direitos humanos. As respostas as questões acima citadas poderá trazer um *feedback* para os profissionais de forma a propiciar mudanças ou a fortalecer práticas existentes.

Os questionamentos que motivam esse estudo podem ser, em parte, respondidos a partir do enfoque da teoria psicossociológica de Willem Doise. Doise e colaboradores realizaram diversos estudos investigando as representações sociais dos direitos humanos, caracterizados por articular a teoria das Representações Sociais com o estudo do desenvolvimento cognitivo de Piaget, definindo a partir de tais estudos os direitos humanos como representações sociais normativas construídas ao longo da história das gerações e que trazem em sua formação características inerentes a uma dada cultura. No Brasil, os estudos desenvolvidos por Camino e colaboradores (Camino, Camino, Pereira

e Paz, 2004; Feitosa, 2011; Queiroz, 2011; Santos, 2013) estudaram a representação social dos direitos humanos com diferentes amostras.

É válido considerar a carência de estudos que abordem o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito dos direitos dos usuários, e também, pela relevância da relação interdisciplinar entre direito e saúde. Considera-se que a prática dos DH se constitui como auxílio à revitalização e consolidação da cidadania, especialmente de grupos vulneráveis.

A experiência da autora em trabalhar diretamente no processo da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, também justifica a realização dessa pesquisa. Além disso, os estudos realizados no Mestrado, nos trabalhos de extensão e trabalhos de conclusão de curso orientados, explicitam uma necessidade de aprofundar os estudos sobre a temática.

Acredita-se que esta pesquisa fornecerá subsídios para compreender melhor as representações dos direitos elaboradas pelos participantes e como estas representações norteiam as práticas. Assim espera-se que possa haver uma maior conscientização acerca da importância dos direitos humanos, da necessidade desse tema ser abordado no cotidiano dos serviços de saúde mental, contribuindo para qualidade do trabalho realizado.

O presente estudo encontra-se estruturado em sete capítulos. O primeiro deles aborda os Direitos Humanos, realizando uma contextualização histórica e exposições sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos. O segundo discute a luta pelos direitos do portador de transtorno mental no mundo, abordando os movimentos mundiais, dentre eles a Psiquiatria Democrática Italiana. No terceiro capítulo são abordadas as Representações Sociais, a partir das contribuições de Moscovici (1978; 1988; 2007), Jodelet (1990; 1993; 2001; 2005), Abric (1994; 1998; 2003) e Doise (1992; 1993; 1994;

1998; 1999; 2001; 2002). O capítulo seguinte traz a discussão de estudos empíricos relacionados a temática dessa pesquisa. Os objetivos e o método são apresentados no quinto e sexto capítulo respectivamente. No sétimo capítulo são apresentados os Resultados e a Discussão, dos dados sociodemográficos, da análise semântica e estatística e da análise léxica. Na sequência são apresentadas as considerações finais.

CAPÍTULO 1
DIREITOS HUMANOS

1. DIREITOS HUMANOS

Posto que o objetivo central desse estudo consiste em identificar e analisar as representações sociais de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial acerca dos direitos humanos, torna-se relevante discutir as concepções sobre os direitos humanos, sua evolução ao longo da história, assim como compreender a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), desde a sua implementação até as discussões suscitadas no contexto contemporâneo.

1.1- Concepções de Direitos Humanos

No que se refere à conceituação dos direitos humanos, Oliveira (2007) ressalta que esta vem sendo realizada de forma vaga e insatisfatória. As definições tautológicas estabelecem que os direitos do homem são os que cabem ao homem enquanto homem. Já as definições formais, mostram-se desprovidas de conteúdo e meramente portadoras do estatuto proposto para esses direitos. Nessas definições os direitos do homem são aqueles que pertencem, ou deveriam pertencer, a todos os homens, ou dos quais nenhum homem pode ser despojado e por fim as teleológicas, que trazem alguma menção ao conteúdo, pecam pela introdução de termos avaliativos, ao sabor da ideologia do intérprete, como a definição que os direitos do homem são aqueles cujo reconhecimento é condição necessária para o aperfeiçoamento da pessoa humana ou para o desenvolvimento da civilização.

Uma definição simples dos direitos humanos os considera como direitos alienáveis, os quais deveriam beneficiar cada indivíduo de nossa espécie, independentemente do lugar que ele ocupa e da maneira pela qual ele se comporta na sociedade. Segundo essa

concepção, todos os seres humanos são considerados iguais em relação aos direitos, os quais todos podem pretender e dos quais o gozo não lhes pode ser recusado por ninguém (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1993).

Doise (2003) vem a destacar que os direitos humanos (DH) são vistos como princípios avaliativos ou normativos das representações sociais que podem guiar os homens, ao menos no nível da intenção, na avaliação de suas organizações e intenções. Sendo assim as concepções sobre os DH surgiriam como formas de compromisso que têm por finalidade a justiça nas relações. Essas concepções, foram culturalmente definidas e acompanhadas por exigências para o seu cumprimento, tornando-se assim institucionalizadas.

Diante das inúmeras definições, Paz (2008) destaca que os direitos humanos têm se constituído como um dos grandes desafios da humanidade, citando as dificuldades políticas, sociais e conceituais que englobam a discussão da temática. E destaca que ao discorrer sobre os conceitos de Direitos humanos torna-se prudente discutir as duas concepções existentes sobre a natureza dos direitos: uma concepção naturalista, de caráter essencialista, e outra culturalista, de caráter histórico social (Paz, Camino & Camino, 2006).

Para a concepção naturalista o direito é inerente ao homem, pelo fato de existir, sem ressaltar a importância das discussões ou embates sociais. Nessa perspectiva os direitos não são passíveis de consensualização, exigindo naturalmente seu reconhecimento e proteção. Considera-se que são direitos que se inscrevem na natureza humana, sendo assim não garanti-los significaria opor-se à própria natureza. Este pensamento está inserido no Direito e na Filosofia modernos, por mais que muitas de suas raízes possam ser localizadas na época clássica grega, romana e medieval (Carbonari, 2010). A esse respeito Palazzo (1998, p. 22) afirma:

Na concepção jusnaturalista, os direitos humanos são direitos inerentes, inatos, naturais da pessoa humana. Por consequência são anteriores e se sobrepõem ao direito positivo. Com efeito, segundo o jusnaturalismo, os Direitos Humanos devem orientar a ordem jurídica, questionar a ordem existente ou, mais, propor uma utopia.

Para esse autor, o conceito clássico de natureza humana compreende o homem essencialmente como ser social. O reconhecimento de seus direitos ocorre somente na sociedade, fora dela não há cidadania. Em contrapartida, a concepção culturalista define os direitos humanos como elaborações culturais, oriundas de conflitos coletivos, com a participação das relações sociais, sofrendo influência dos acontecimentos históricos (Paz e colaboradores, 2006).

Um dos seus defensores, o filósofo italiano Norberto Bobbio, afirma:

Do ponto de vista teórico, sempre defendi - e continuo a defender, fortalecido por novos argumentos - que os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas (Bobbio, 1992, p.5).

Para Bobbio (1992) a ideia de que os direitos humanos são direitos naturais, é meramente tautológica, e não serve para traduzir seu verdadeiro significado e seu preciso conteúdo. Para o autor, os direitos humanos são produto não da natureza, mas da civilização humana, enquanto direitos históricos, eles são mutáveis, ou seja, suscetíveis de transformação e ampliação. Hanna Arendt (citada por Piovesan, 2005) discorre que os direitos humanos não são um dado, mas uma construção, uma invenção humana em processo constante de reconstrução e acrescenta: “é fruto da nossa história, de nosso passado, de nosso presente, fundamentado em um espaço de luta e ação social” (Piovesan, 2005, p. 44).

Nesse sentido, a evolução dos DH depende do crescimento da consciência coletiva, que ocorre através do tempo, a partir dos conflitos entre a manutenção da ordem e os que

ensejam mudanças e ainda sofre influências do papel do governante, nos limites do seu poder e na sua implicação com a questão dos DH (Palazzo, 1998).

A partir dessas considerações Bobbio (1992) discute que há uma impossibilidade de encontrar um fundamento absoluto do direito. O autor justifica sua afirmação levando em consideração que os direitos são antinômicos, na medida em que a realização integral de uns impede a realização integral dos outros. E para exemplificar sua ideia, Bobbio (1992) cita a experiência dos estados socialistas, que ao priorizarem a igualdade, reduziram a liberdade, e a experiência de uma ordem mundial capitalista e liberal, que por sua vez, ao valorizar a liberdade, acabou por incentivar a desigualdade entre os povos e entre as nações. E considera que por serem direitos históricos, o conteúdo dos DH é extremamente variável no decorrer dos séculos, ou seja, pode mudar de acordo com as necessidades de cada época.

Prosseguindo sua discussão Bobbio (1992) afirma que o fundamento absoluto não é apenas uma ilusão, mas em alguns casos se configura também “como um pretexto para defender posições conservadoras” (p.22). Para ele o problema fundamental em relação aos direitos do homem não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político.

Nesse tocante, considerando uma divisão histórica, o autor discute que os direitos humanos foram apresentados em quatro diferentes gerações, os direitos de primeira geração foram formados pelas liberdades civis e direitos políticos, os direitos de segunda geração foram constituídos pelos direitos econômicos, sociais e culturais, os direitos de terceira geração, que são os direitos dos povos, desenvolvimento, solidariedade e outros e por fim os direitos de quarta geração, formados pelos Direitos de Manipulação Genética, que se relacionam com a biotecnologia e bioengenharia, tratam de questões sobre a vida

e a morte e requerem uma discussão ética prévia (Bobbio, 1992). Sobre as gerações dos direitos, Siqueira (2004, p.745) discute:

A evolução histórica dos direitos e sua respectiva classificação doutrinária em direitos humanos de primeira, segunda e terceira geração não trazem em si nenhuma hierarquia entre os direitos humanos. Em tese, não existe escalonamento dos direitos humanos, nenhum direito apresenta primazia sobre os demais, no sentido de que uns devem ser garantidos em primeiro plano. O Estado Democrático tem o dever de implementar todos os direitos previstos na constituição.

Sem considerar a primazia de um direito sobre o outro, o que cabe é visualizar que, ao estudar os direitos humanos, torna-se relevante reconhecer sua dimensão histórica, ou seja, o fato que eles não foram revelados abruptamente, mas foram construídos ao longo da história, através das evoluções, das modificações na realidade social, nas realidades política, industrial e econômica, enfim em todos os campos da atuação humana.

É a partir das considerações tecidas sobre a importância dos direitos de forma igualitária, e considerando que os direitos são construídos historicamente, a partir da influência do contexto social, que a presente tese aborda os direitos humanos. Sendo assim torna-se de fundamental importância compreender a evolução histórica desses direitos.

1.2 - Evolução histórica

Antes de iniciar a exposição sobre os aspectos históricos dos DH, é importante ressaltar que não serão discutidos aqui todos os fatores que influenciaram na construção da visão contemporânea de direitos humanos. Serão explorados os principais pontos históricos relevantes para a compreensão da temática.

Para iniciar os estudos dos direitos humanos, torna-se relevante discutir sua evolução, assim como discutir questões relacionadas à nomenclatura: direitos do homem,

direitos fundamentais e direitos humanos. Bellinho (2009) ao discorrer sobre a temática afirma que a primeira nomenclatura que surgiu foi a dos direitos do homem, trazendo à tona a época do jusnaturalismo, onde ser homem já significava possuir direitos e poder usufruí-los. Essa nomenclatura foi alvo de críticas posto que a expressão “homem” poderia delimitar que tais direitos eram apenas inerentes as pessoas do sexo masculino, e não a qualquer pessoa. Sobre essa questão Canotilho (1998) discorre:

As expressões direitos do homem e direitos fundamentais são frequentemente utilizadas como sinônimas. Segundo a sua origem e significado poderíamos distingui-las da seguinte maneira: direitos do homem são direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos; direitos fundamentais são os direitos do homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espaço-temporalmente. Os direitos do homem arrancariam da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta (p. 259).

Após diversas críticas e oposições relacionadas à nomenclatura adotada, os direitos do homem passaram a ser nomeados de direitos fundamentais, os quais se ocuparam do plano constitucional e objetivaram assegurar e proteger os direitos inerentes a cada pessoa. Não sendo diferente da finalidade dos direitos humanos que, diferentemente dos direitos fundamentais, figuraram no âmbito internacional (Piovesan, 2006). Estes diferem entre si pelo grau de concretização positiva que possuem, ou seja, pelo grau de concretização normativa. “Os direitos fundamentais estão duplamente positivados, pois atuam no âmbito interno e no âmbito externo, possuindo maior grau de concretização positiva, enquanto que os direitos humanos estão positivados apenas no âmbito externo, caracterizando um menor grau de concretização positiva” (Bellino, 2009, p.2).

Ao discorrer sobre a história dos direitos humanos, Trindade (2011) afirma que esta pode ser vista por diversos referenciais, como o filosófico, político e histórico, sendo que

ao ser estudados na perspectiva social se faz necessário uma forma conjunta de abordar tais referenciais no intuito de possibilitar a compreensão de como e por quais motivos, reais ou não, as forças sociais interferiram em cada momento para impulsionar, lentificar ou modificar o desenvolvimento e as práticas dos direitos humanos.

Para Tosi (2003, p. 25) a história dos direitos humanos é “...complexa, ambígua, dualista, ao mesmo tempo, de emancipação e opressão, de inclusão e de exclusão, eurocêntrico e cosmopolita, universal e particular...”. Vejamos alguns pontos.

A literatura aponta que a origem dos direitos individuais do homem surgiu no Antigo Egito e Mesopotâmia, com alguns mecanismos que visavam a proteção individual em relação ao Estado. No Código de Hamurabi houve uma primeira codificação que trouxe uma exposição de direitos tais como a vida, a propriedade, a honra, a dignidade e a família (Moraes, 2011).

Comparato (2003) ao defender que a luta pela limitação do poder político se constituiu como um dos principais fatores para o surgimento dos direitos, mostrou também que as primeiras manifestações de limitação do poder político ocorreram na Antiguidade. No século X a.C. quando se instituiu o reino de Israel, o Rei Davi se proclamava um delegado de Deus, responsável pela aplicação da lei divina, rompendo com o discurso dos monarcas de sua época que proclamavam-se como o próprio deus ou como legisladores que poderiam dizer o que é justo e o que é injusto.

Em seguida surgiram na Grécia várias discussões firmando a necessidade da igualdade e liberdade do homem, com destaque para participação política do cidadão, contudo foi o Direito Romano que estipulou um mecanismo de interditos com o objetivo de tutelar os direitos individuais em relação ao Estado. A Lei das Doze Tábuas foi então considerada como a origem dos primeiros escritos sobre a liberdade, a propriedade e a proteção aos direitos do cidadão (Moraes, 2011).

Palazzo (1998) retrata que foi na Antiguidade que os gregos desenvolveram o conceito de liberdade como expressão máxima da dignidade humana, com base na ideia de igualdade. Outra contribuição do povo grego reside na possibilidade de limitação do poder através da democracia que se funda na participação do cidadão nas funções do governo e na superioridade da lei, com base nos fundamentos aristotelianos que o homem é um animal político, que se relaciona com os demais, inserido na comunidade, podendo alguns inclusive participar do governo da cidade (Comparato, 2003).

Já o início da efetivação dos direitos humanos acontece na Idade Média, em 1215, com a Carta Magna na Inglaterra, como resposta às pressões exercidas pelos barões decorrentes do aumento de impostos para financiar campanhas bélicas e às exigências da igreja para o Rei submeter-se a autoridade do papa. O que acarretou o reconhecimento de diversos direitos como a liberdade eclesial, a extinção de alguns impostos, a propriedade privada, a liberdade de ir e vir e a desvinculação da lei e da jurisdição da pessoa do monarca, estabelecendo uma pequena limitação do poder soberano (Comparato, 2003). Ferreira Filho (1998) argumenta que foi na Idade Média esse início da difusão de documentos escritos reconhecendo direitos a determinados estamentos e algumas comunidades específicas, principalmente através de forais ou cartas de franquia.

Posteriormente merecem destaque as Revoluções Inglesa, Americana e Francesa para o reconhecimento dos direitos inerentes a pessoa humana, sendo as duas últimas as que vieram a influenciar mais fortemente as constituições do século XIX.

No que tange à Revolução Inglesa, vale vislumbrar que O *Bill of Rights*, ou Declaração de Direito de 1689, da Inglaterra, se constituiu como um documento normativo relevante, posto que reconheceu alguns direitos ao indivíduo, tais como o direito de liberdade, o direito a segurança e o direito à propriedade privada. E fundamentou o liberalismo, firmado através da Revolução Burguesa. Tais direitos foram

citados em outros documentos. Estes eram constantemente violados pelo poder real, sendo que ao serem enfatizados no novo documento trazia a esperança de que finalmente fossem respeitados (Aragão, 2001).

Comparato (2003, p. 92) traz ao debate alguns pontos negativos, assim discute:

A Revolução Inglesa apresenta um caráter contraditório no tocante as liberdades públicas. Se, de um lado, foi estabelecida pela primeira vez no Estado moderno a separação de poderes como garantia das liberdades civis, por outro lado essa fórmula de organização estatal, no *Bill of Rights*, constituiu o instrumento político de imposição, a todos os súditos do rei da Inglaterra, de uma religião oficial.

Comparato (2003) cita que historicamente outros documentos contribuíram para a concretização dos direitos, considerados como antecedentes das declarações positivas de direitos. Esses documentos eram contratos feudais escritos nos quais o rei comprometia-se a respeitar os direitos de seus vassallos, não eram cartas de liberdade do homem comum. Sendo assim não chegavam a afirmar direitos humanos, mas direitos de estamentos.

Em decorrência desse fato, muitos ingleses com medo das perseguições contra aqueles que não comungavam da religião oficial acabaram fugindo para a colônia americana, buscando liberdade e tolerância, carregando a ideia de que existem alguns direitos inerentes à pessoa humana que o poder político deveria respeitar. Posteriormente, os colonos americanos reuniram-se na tentativa de extinguir as imposições fiscais advindas da metrópole, na tentativa de possuir os mesmos direitos, criar uma confederação, liderada pelo monarca. Os colonos lutavam para continuar sob a proteção inglesa, como esta não foi possível, a relação entre a Inglaterra e a América tornava-se mais fragilizada (Rubio, 1998).

Em 1776 foi elaborada a Declaração de Direitos do Bom Povo da Virgínia, reiterando que todos os seres humanos são livres e independentes, que o governo tem de buscar a felicidade do povo, a separação de poderes, o direito a participação política, a liberdade de imprensa e o livre exercício da religião, ressaltando os direitos inatos, como a vida, a liberdade, a propriedade, a felicidade e a segurança, o que veio a marcar o início do nascimento dos direitos humanos na história (Comparato, 2003).

Rubio (1998) discorre que em 1776 foi elaborada a Declaração de Independência dos Estados Unidos. Constan nesse documento afirmações que apregoam que os homens são iguais perante Deus e que este lhes deu direitos inalienáveis acima de qualquer poder político, como a vida, a liberdade e a busca pela felicidade.

Já a Revolução Francesa de 1789 firmou seus princípios de liberdade, igualdade e fraternidade como naturais posto que reproduziam a essência humana. Neste mesmo ano foi produzida na França, a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, assegurando perante a lei o direito à liberdade, à igualdade, à propriedade e de resistência à opressão, assim atribuiu ao Estado a obrigação de respeitar e cumprir os direitos humanos.

Segundo Palazzo (1998), esta declaração, juntamente com a declaração de Virgínia de 1776 promoveram o surgimento de uma nova fase do desenvolvimento da evolução histórica dos direitos humanos. A partir destes documentos, os direitos civis e políticos foram incorporados à ordem jurídica, os direitos naturais e imprescritíveis dos homens foram proclamados (liberdade, propriedade, segurança e resistência à opressão) e estes se tornaram iguais perante a lei. A nova ordem, instalada com a Revolução Francesa, ampliou a consciência sobre o vácuo existente entre a igualdade proclamada e a desigualdade real entre as pessoas.

Para Trindade (2011, p.131) a burguesia revolucionária tornou-se conservadora, desacelerando o ideário dos direitos humanos na igualdade formal de todos perante a lei,

forma jurídica que satisfazia seus interesses de classe e que reduzia os direitos humanos a “uma ideologia, no sentido de discurso legitimador da nova dominação de classe.” O autor ainda destaca que o desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção levou ao surgimento do proletariado, uma nova classe social. A burguesia instruiu essa nova classe a ser revolucionária. Mostrava-se nítido o acúmulo prático e teórico das revoluções burguesas, onde o campesinato e a massa proletária foram aliados dos burgueses na derrubada do antigo regime.

Dessa forma, durante o século XIX a questão dos direitos humanos, na prática, mudava seus lutadores e para Trindade (2011) essa mudança propiciava também uma transformação no seu caráter, já que o liberalismo econômico instaurado pela burguesia, não havia melhorado as condições de vida da imensa maioria da população e mostrou-se excludente por natureza. Assim, as crises do capitalismo na segunda metade do século XIX, representaram a primeira grande crise dos direitos humanos, momento em que houve um refluxo das poucas conquistas em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais até então reconhecidos.

Gorczewski e Tauchen (2008) descreveram resumidamente a evolução dos direitos e pontuam que a partir do séc. XVIII foram firmados os direitos denominados civis e políticos, baseados no princípio da liberdade que limitam o poder do Estado, aqui se encaixam o direito à vida, à liberdade religiosa, política e de opinião, a proibição de tortura, a proibição da escravidão e outros. Posteriormente, a partir da segunda metade do século XIX foram construídos os direitos sociais, baseados no princípio da igualdade, e impõem ao Estado o dever de agir, são exemplos: o direito à educação, à saúde, à seguridade social, às condições justas de trabalho. Já após a segunda guerra mundial, no ensejo do princípio da fraternidade, surgiram os direitos de grupos ou categorias, cuja característica é a indefinição do sujeito, – são coletivos e difusos – referiam-se ao direito

ao desenvolvimento sustentável, à autodeterminação dos povos, direito ao meio ambiente saudável, direito à paz, caracterizando as três gerações dos direitos.

Bellinho (2009) destaca que para que os direitos alcançassem repercussão universal foi necessário um discurso internacional dos direitos humanos com a finalidade de assegurar a todos o direito de ter direitos. E ainda, somente a partir do pós-guerra foi possível falar em movimento de internacionalização dos direitos humanos. Piovesan (2005) destacou a implementação de diversos instrumentos internacionais de proteção após a Declaração Universal dos Direitos Humanos- DUDH e pontuou o desenvolvimento do direito internacional dos direitos humanos. Discussão que será suscitada a seguir.

1.3- A Declaração Universal dos Direitos Humanos

Após a Revolução Francesa, os direitos humanos continuaram em processo de evolução e tiveram como marco à sua garantia a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pelas Nações Unidas em 1948, após a Segunda Guerra Mundial, envolvida no contexto da barbárie do genocídio pós-guerra.

Diante das aberrações cometidas durante a 2ª. Guerra Mundial, a comunidade internacional constatou que a proteção dos direitos humanos constituía uma temática de legítimo interesse e preocupação internacional. Sendo assim os direitos humanos acabaram por transcender e extrapolar o domínio reservado do Estado ou a competência nacional específica (Piovesan, 2007 citado por Bellinho, 2009).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos surgiu a partir da confluência de diversas correntes de pensamento e ação, tais como o liberalismo, o socialismo e o

cristianismo social (Tosi, 2003), com a participação de 148 países, só não participando a União Soviética e seus aliados. Esta propôs que os Direitos Humanos se tornassem “um ideal comum da humanidade para a formação de uma consciência moral universal” (Palazzo, 1998, p.24). Esta se constituiu como a mais forte conquista dos direitos humanos fundamentais em nível internacional, Moraes (2011, p. 17) afirma:

A Declaração Universal dos Direitos do Homem afirmou que o reconhecimento da dignidade humana inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, bem como que o desprezo e o desrespeito pelos direitos da pessoa resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da humanidade e que o advento de um mundo em que as pessoas gozem de liberdade de palavra, de crença e de liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade tem sido a mais alta aspiração do homem comum.

Para Mendéz (2004) os direitos humanos nasceram como uma resposta política, a um acontecimento aterrorizante, que seria o holocausto, seu desenvolvimento teórico esteve marcado por um extraordinário consenso universal baseado no repúdio mundial ao plano insano de aniquilação em massa de um povo.

Benevides (2007, p. 215) discorre que esta declaração teve como característica a amplitude, que “compreende todos os direitos que garantam o desenvolvimento físico, moral e intelectual” e a universalidade, que “compromete a extensão dos direitos a todos os homens do mundo, colocando cada um como membro da sociedade humana”. Ao traçar as características da DUDH, Piovesan (2005) vem a avaliar que esta confere um lastro axiológico e unidade valorativa ao campo, com ênfase na universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos.

Dessa forma, os trinta artigos da declaração estipularam os princípios da dignidade e da igualdade humanas; a vedação à discriminação de qualquer espécie, seja em razão de raça, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, o direito à vida, à liberdade, à segurança pessoal, a proibição à escravidão, à tortura, ao castigo ou

tratamento cruel; o acesso ao judiciário, a vedação às prisões e detenções arbitrárias, a inviolabilidade à honra, a liberdade de locomoção, o direito à nacionalidade, o direito de propriedade, a liberdade de pensamento, os direitos políticos, o direito ao trabalho e à livre escolha de profissão, entre outros (Moraes, 2011).

Nesse sentido, a questão dos direitos humanos pode ser observada a partir de três dimensões: política, acadêmica e programática. A dimensão política foi desenvolvida atrelada às lutas de caráter nacional, respondendo às violações dos direitos dos indivíduos por parte do Estado. As características de possuir uma militância ativa não-profissional, seu caráter marcado por conflitos e a ausência de reflexões teóricas relevantes marcaram essa dimensão (Méndez, 2004).

A dimensão acadêmica em geral tem se delineado nas universidades e centros específicos de conhecimento. O debate girava em torno da relação entre o direito interno e o direito internacional e a aplicabilidade no contexto nacional dos tratados internacionais, como sinônimo de “Direito Internacional dos Direitos Humanos”.

Para o autor acima citado, a dimensão mais complexa e a que mais demanda implicações político-conceituais, é a dimensão denominada programática, como referência à incorporação, por parte de organismos internacionais de diferentes âmbitos geográficos e de competência temática variada, das formas e da semântica dos desenvolvimentos políticos e acadêmicos em matéria de direitos humanos. Esta dimensão supõe uma reformulação da teoria e da prática, tanto acadêmica quanto política.

Piovesan (2006) salienta que a DUDH inovou o conceito de direitos humanos, ao introduzir a chamada concepção contemporânea dos direitos, que é marcada pela universalidade e indivisibilidade destes direitos. Dessa forma o conceito de direitos humanos é dotado de universalidade e possui extensão universal, posto que basta possuir

condição de pessoa para ser portador de direitos. Sobre essa universalidade Bobbio (1992, p.30) pontua:

com a declaração de 1948, tem início uma terceira e última fase, na qual a afirmação de direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva: universal no sentido de que os destinatários dos princípios nela contidos não são apenas os cidadãos deste ou daquele Estado, mas todos os homens; positiva no sentido de que põe em movimento um processo cujo final os direitos do homem deverão ser não mais apenas proclamados ou apenas idealmente reconhecidos, porém efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado.

Piovesan (2006) afirma que a DUDH também é marcada pela indivisibilidade, posto que a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a efetividade dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Portanto, quando um deles é desobedecido, os outros também são. Dessa forma, os direitos humanos são vistos como uma unidade indivisível, interdependente e interrelacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos ao catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais (Piovesan, 2006).

As características da DUDH até então discutidas influenciaram alguns acontecimentos. Koerner (2002) tece reflexões sobre alguns deles, acontecidos anos após a implementação da mesma. Citou assim a elaboração dos Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, assinados em 1966, prevalecendo todo o período da Guerra Fria, o que trouxe força ao monitoramento internacional dos direitos humanos nesse período.

O autor aborda a importância das Conferências das Nações Unidas dos anos 90 como cenário de importantes modificações e da Conferência de Viena, em 1993, que reafirmou a universalidade, indivisibilidade, inter-relação e interdependência dos direitos humanos, o direito ao desenvolvimento, a relação entre direitos humanos, desenvolvimento e democracia. Essa Conferência fortaleceu ainda a legitimidade da preocupação internacional com a proteção dos DH, reconheceu a necessidade de criação

de programas de assistência técnica, para potencializar a capacidade dos Estados de promover os DH. As outras conferências trouxeram relevantes avanços no que concerne o fortalecimento na promoção e proteção dos DH.

Em outro texto, Koener (2003) discorre ainda sobre outras ações, discutiu a criação do Tribunal Penal Internacional, pelo Tratado de Roma, em 1998 e a implantação do alto comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. No Brasil, a partir do início da década de 90, foram revelados avanços com a ratificação de tratados internacionais e a abertura de fronteiras a observadores internacionais. E também salienta os pontos de mudança, pós anos 90, tais como: 1) uma nova concepção dos direitos humanos, com a incorporação das demandas de diversos setores sociais e integração de temas políticos e ambientais; 2) A permeabilidade entre as ordens jurídicas externas e internas dos Estados e 3) o papel mais atuante da sociedade civil internacional na proteção e na promoção dos direitos.

Após esse breve histórico sobre a evolução dos direitos humanos, é nítido que a sua construção está diretamente influenciada pelo contexto histórico e social. A história não se encerra, conforme afirma Bobbio (1992, p.34): a Declaração Universal representa a consciência histórica que a humanidade tem dos próprios valores fundamentais na segunda metade do século XX. É uma síntese do passado e uma inspiração para o futuro: mas suas tábuas não foram gravadas de uma vez para sempre.

CAPÍTULO 2
SAÚDE MENTAL E CIDADANIA

2. SAÚDE MENTAL E CIDADANIA

O transtorno mental tem sido percebido de diferentes formas ao longo da história. Se na Antiguidade foi concebido como manifestação divina e na Idade média como resultante de possessões demoníacas, no Século XVIII ganhou status de doença mental, passando a exigir mecanismos segregadores e excludentes de tratamento, o que culminou com o surgimento do hospital psiquiátrico (Cirilo, 2006). Pouco tempo após sua criação, o hospital psiquiátrico e seu modelo de atendimento vêm sendo questionados e criticados, a partir de diversos movimentos em diferentes países. Neste capítulo serão discutidos esses movimentos e suas contribuições no que se refere à luta pelos direitos humanos dos portadores de transtorno mental.

2.1- A luta pelos direitos da pessoa com transtorno mental no mundo

Alguns movimentos que buscaram a defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais foram destaque no que concerne às conquistas até então alcançadas. No primeiro tópico deste capítulo serão descritos: as Comunidades Terapêuticas, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva e a Antipsiquiatria. O segundo tópico será dedicado à discussão da Psiquiatria Democrática italiana, movimento este que influenciou mais intensamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.1.1-Os movimentos pró- reforma: a busca pela cidadania do portador de transtorno mental

As características das instituições psiquiátricas, principalmente no que se refere ao seu caráter de exclusão e estigmatização, aspectos que mais tarde vieram a denunciar as péssimas condições oferecidas e a necessidade de reformulação das práticas vigentes, foram citadas por diversos autores.

Gradella Júnior (2002) discute que o hospital psiquiátrico favoreceu o processo de cronificação do sujeito, justificando a tutela e a submissão dos portadores de transtornos mentais a mecanismos de violência institucional. Segundo esse autor:

Ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica o condena ao internamento por toda vida, ou podemos dizer à morte em vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social, pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas e pelo desconhecimento do fenômeno estudado. (p.3)

Goffman (1999), em seus estudos sobre os asilos, também aponta as características das instituições totais, os chamados “fatores etiológicos”, a saber: perda de contato com a realidade externa; ócio forçado; submissão a atitudes autoritárias de médicos e restante do pessoal técnico; perda de amigos e propriedades; sedação medicamentosa; condições do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias e perda da perspectiva de vida fora da instituição.

Além das críticas supracitadas sobre o hospital psiquiátrico e suas formas de tratamento, o fim da Segunda Guerra Mundial (período em que era de fundamental importância a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra) também influenciou o desencadear de diversos movimentos. O asilo como espaço de tratamento dos portadores de transtornos mentais passou a receber inúmeros questionamentos por toda Europa, pois muito se assemelhava aos campos de concentração. Além disso, para Amarante (1995) a

reforma dos hospitais psiquiátricos se configurava enquanto “imperativo social e econômico” (p. 28), perante o grande desperdício de força de trabalho.

Birman e Costa (1994) ressaltaram que no período pós-guerra houve uma crescente necessidade da Psiquiatria se adaptar para responder emergencialmente às suas consequências. Muitos soldados estavam mentalmente adoecidos, internados em hospitais psiquiátricos, assim cabia a esses hospitais propiciar um retorno imediato às atividades, para não desperdiçar a força de trabalho. Era preciso tornar dinâmica a estrutura do hospital, criar condições que favorecessem uma recuperação dos sujeitos de produção.

As cenas de violência e exclusão vivenciadas durante a Guerra propiciaram uma reflexão sobre a forma pela qual a Psiquiatria vinha lidando com o sofrimento mental, principalmente no que se refere à privação da liberdade e desrespeito aos direitos humanos. Foi nesse período que a Psiquiatria sofreu profundas transformações, sendo alvo de críticas e de tentativas de superação dos problemas apontados, numa busca de novas abordagens nas teorias e nas técnicas.

A respeito dessas transformações, Amarante (2003) dividiu as experiências que buscaram a mudança no atendimento em saúde mental em três grandes grupos, o primeiro deles tinha como proposta inicial promover mudanças dentro do próprio modelo do hospital psiquiátrico, se inserindo aqui a *Comunidade Terapêutica* e a *Psicoterapia Institucional*; o segundo grupo atribuiu à comunidade a importância fundamental para a eficácia do tratamento, neste grupo se inclui a *Psiquiatria de Setor* e a *Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva)*; já para o terceiro grupo as mudanças deveriam ser realizadas na própria Psiquiatria, sendo as práticas e o saber psiquiátricos questionados nos movimentos da *Antipsiquiatria* e da *Psiquiatria Democrática Italiana*.

No contexto pós-guerra surgiu o primeiro movimento, denominado Comunidades Terapêuticas. Este se caracterizou como um processo de reforma predominantemente restrita ao espaço do hospital psiquiátrico, ou seja, pensava-se que a transformação deveria ser feita em primeiro lugar, dentro do âmbito do hospital. Dessa forma o movimento foi estruturado a partir de mudanças administrativas e técnicas que passaram a valorizar aspectos democráticos, participativos e coletivos, ocasionando uma transformação na dinâmica do hospício.

Essa experiência trouxe à tona uma questão não tolerada socialmente: a alarmante e deprimente situação dos internados em hospitais psiquiátricos, ferindo todos os princípios defensores dos direitos humanos. Era urgente recuperar a mão de obra, porém os hospitais, conforme estavam funcionando não poderiam cumprir sua função, sendo considerado como o grande responsável pelo agravamento das doenças mentais (Amarante, 2005).

Maxswell Jones, um dos principais militantes das Comunidades Terapêuticas propunha que o papel terapêutico, dentro dos hospitais, deveria ser assumido tanto pelos médicos e pacientes quanto por familiares e pela comunidade. Com esse objetivo criou as reuniões diárias e as assembleias gerais, onde todos, igualmente, deveriam participar da organização da rotina e atividades do hospital (Desviat, 1999).

Os princípios da Comunidade Terapêutica, com os quais se buscava o máximo aproveitamento técnico de todos os recursos da instituição, eram os seguintes:

Liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal de tudo que acontece na instituição; tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais em um ambiente de extrema tolerância; atividades coletivas (bailes, festas, excursões...); presença de toda comunidade nas decisões administrativas do serviço. (Desviat, 1999, p.35)

Apesar de representar um grande avanço em sua época, a experiência das Comunidades Terapêuticas foi alvo de muitas críticas. Rotelli (1990) afirma que tal movimento foi uma importante modificação dentro do hospital, mas indicou que ela não conseguiu tratar com clareza o problema da exclusão, questão esta que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico. Já Amarante (2002) assinala que embora essa proposta tentasse modificar o hospital para que este voltasse a alcançar seus objetivos iniciais de tratar os pacientes, não questionou outros aspectos tais como: o lugar onde eram desenvolvidas as práticas da Psiquiatria, o conceito de doença mental e a relação entre doença mental e sociedade.

Basaglia (1985) discorreu sobre as Comunidades Terapêuticas e afirmou que estas se constituíram como um caminho intermediário, um passo necessário na evolução do tratamento centrado no hospital. Assim considerava que as Comunidades Terapêuticas, embora não tenham modificado a estrutura hospitalar, se configuravam como um lugar onde todos estavam centrados em total comprometimento, transformando as relações interpessoais de todos que ali atuavam.

Semelhante às Comunidades Terapêuticas o movimento denominado Psicoterapia Institucional, iniciado na França, propôs que a reestruturação dos hospitais seria a melhor forma de retomada do caráter terapêutico da Psiquiatria e superação das dificuldades denunciadas no pós-guerra. Se para a população geral já era difícil, nos hospitais psiquiátricos a situação continuava mais alarmante.

Para Desviat (1999) essa experiência, realizada na primeira metade da década de 60, é a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. A proposta teve como principal representante o jovem catalão Tosquelles, que realizou uma forte mudança no Hospital francês de *Saint Alban*, onde foram implementadas ações para salvar os pacientes da morte e oferecer melhores condições de tratamento.

Tosquelles tinha como objetivo resgatar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, assim apontava para a possibilidade de retornar a proposta inicial, para ele fundadora da Psiquiatria, de que o hospital deveria ser um local de tratamento e cura. Para ele o hospital estaria distante da sua finalidade inicial, posto que havia se tornado local de violência e opressão (Amarante, 1995).

A Psicoterapia Institucional sofreu forte influência da Psicanálise, principalmente das teorias psicanalíticas de Jacques Lacan, que na década de 60 defendia e discutia suas ideias na França. Esse movimento tornou-se então conhecido como introdutor da Psicanálise nas instituições psiquiátricas (Amarante, 1995). Cabia a Psicanálise adaptar-se para atender às novas demandas, principalmente no que se refere ao objetivo de reeducar os pacientes e reinseri-los no convívio social. O trabalho em grupo foi iniciado, e os pacientes eram treinados para a convivência familiar. É notório que para os defensores desse movimento a cura estaria nessa possibilidade de reeducação. Também surgiram as terapias de família, atendendo a demanda colocada pela caracterização do psicótico como um sintoma de uma enfermidade mais complexa, centrada no núcleo familiar (Birman & Costa, 1994). Para Maciel (2007, p.60) “modifica-se, assim, a perspectiva psiquiátrica, para a qual não se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente sujeito de uma rede de inter-relações sociais”.

Esses dois movimentos descritos até então, defenderam uma forma de mudança restrita ao espaço hospitalar. Enquanto a Comunidade Terapêutica concentrava-se numa organização de natureza funcional na estrutura hospitalar, a Psicoterapia Institucional tentava modificar a terapêutica das próprias relações da instituição. Para Amarante (1995) esses dois movimentos influenciaram as iniciativas posteriores, com importantes resultados.

Outro movimento de destaque foi a Psiquiatria de Setor também iniciado na França, em 1945, anterior à Psicoterapia Institucional. Sua proposta tinha como objetivo oferecer uma alternativa ao doente entre a doença e a instituição psiquiátrica, assim seus defensores pensavam em levar a psiquiatria à população, nos locais habituais de convivência. Os precursores da Psiquiatria de Setor consideravam a estrutura hospitalar alienante, onde o tratamento não poderia ser eficaz, o que apontava para a necessidade de desenvolver outros locais e novos meios de atuação da Psiquiatria (Amarante, 2005).

Um dos fatores que mais influenciou o desenvolvimento dessa proposta foi o alto custo das internações psiquiátricas. Com a intenção de reduzir os custos, defendia-se que o paciente deveria ser tratado dentro da própria comunidade, que era dividida em setores geográficos, e acompanhado por uma equipe de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Assim o hospital foi dividido em setores, conforme a divisão da região, o que facilitava o acompanhamento dos pacientes no território (Escola, 2003). Nessa perspectiva, os hospitais psiquiátricos continuavam a existir, porém não se configuravam como a única opção de tratamento, mas como uma das possibilidades, quando necessária.

Esse modelo baseado no setor recebeu críticas principalmente no que concerne ao fato de que essa política poderia dimensionar o conceito de desvio, posto que qualquer comportamento de não adaptação à sociedade deveria ser controlado, fiscalizado, enquadrado pelos técnicos, visando garantir a funcionalidade do sistema.

Já na década de 60, no contexto da crise dos Estados Unidos, devido às consequências da Guerra do Vietnã, tais como consumo abusivo de álcool e outras drogas e o número elevado de pessoas acometidas por problemas físicos ou psicológicos, surge o movimento que ficou conhecido como Psiquiatria Comunitária ou Preventiva. O nome mais associado a esse movimento é o de Gerald Caplan, que defendia a possibilidade de intervenção sobre as causas e a evolução das doenças mentais e acreditava na

possibilidade de não somente tratar os distúrbios mentais, mas evitá-los, e “formar uma comunidade mentalmente sadia” (Amarante, 2003, p. 45). Nesse contexto, a loucura era reconhecida como desadaptação social, como reação a um meio angustiante.

Para os precursores dessa proposta os doentes procuravam o serviço apenas quando já estavam doentes, em crise. Tornou-se então necessário iniciar uma busca aos suspeitos, aos que poderiam adoecer mentalmente, busca esta realizada principalmente através da realização de questionários com perguntas sobre vários aspectos da vida pessoal, indicando possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico. De acordo com Caplan (1980):

Uma pessoa suspeita de distúrbio mental deve ser encaminhada para investigação diagnóstica a um psiquiatra, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz, ou de um superior administrativo no trabalho. A pessoa que toma iniciativa do encaminhamento deve estar cônica de que se apercebeu de algum desvio no pensamento, sentimentos ou conduta do indivíduo encaminhado, e deverá definir esse desvio em função de um possível distúrbio mental. (p.47)

A partir dessa experiência foi inserido o termo saúde mental, ao invés de apenas doença mental, pois: “Ampliouse a faixa de atuação da Psiquiatria, que antes era preocupada somente com a doença mental e em curar os doentes, ou quando muito com o que se denominava de profilaxia. Agora, pretendia-se levar a saúde mental para toda comunidade” (Amarante, 2003, p.46).

A Antipsiquiatria surgiu no fim da década de 50 a partir da iniciativa de um grupo de psiquiatras ingleses. Esse movimento questionava a sociedade, o que fez com que o mesmo ficasse conhecido como uma crítica e uma contestação radical ao saber psiquiátrico.

Embora tenha surgido a partir da Psicoterapia Institucional, a Antipsiquiatria não se limitou às melhorias no hospital psiquiátrico, pretendia extinguir os manicômios e

eliminar a ideia de doença mental. Para os defensores do movimento a loucura seria um ato social, político e até mesmo uma experiência positiva de libertação, uma reação ao desequilíbrio gerado no interior das famílias (Amarante, 2003).

A Psiquiatria era vista pela Antipsiquiatria como instrumento de violência ao ser humano. A internação era fortemente questionada posto que não cumpria seus objetivos iniciais de tratamento e recuperação, permitindo ao movimento assumir um papel muito importante no questionamento da ordem imposta pelo saber e instituições psiquiátricas (Amarante, 2003). Para Maciel (2007), esse movimento trouxe importantes contribuições para a compreensão da loucura, posto que procurou situá-la dentro de um contexto histórico-social, estabelecendo ligações entre a psiquiatria e certas práticas repressivas, a partir da constatação de que a instituição asilar apenas excluía e cronificava o doente.

Para Roudinesco (1998), a Antipsiquiatria teve ao mesmo tempo, “uma duração efêmera e um impacto considerável no mundo inteiro”, ressaltando que a proposta teve a ideia de extinguir o manicômio e eliminar a noção de doença mental. Ela foi uma espécie de utopia:” a da possível transformação da loucura num estilo de vida, numa viagem, num modo de ser diferente e de estar do outro lado da razão...” (p.26)

Esse movimento, embora alicerçado numa proposta crítica a existência da instituição psiquiátrica, não acarretou a redução do número de internações psiquiátricas. Segundo Amarante (1998 a) ocorreu um aumento do contingente de pessoas atingidas por intervenções de ordem psicológica enquanto que os pacientes psiquiátricos permaneciam no sistema asilar.

Tal proposta veio a influenciar a formulação das políticas de saúde mental no Brasil e demais países da América Latina, na década de 70. Ela foi incorporada ao discurso da Organização Mundial de Saúde, que indicou esta proposta como modelo a ser seguido pelos países do terceiro mundo.

Os movimentos descritos, por mais que não tenham se revelado como uma forma ideal e completa de oferecer uma nova forma de acolher, tratar e conceber a doença mental, delinearam um caminho, deixaram uma marca que veio a influenciar inúmeras práticas exitosas. Nas páginas seguintes, será apresentado e discutido, o movimento que mais influenciou o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira atual: a Psiquiatria Democrática Italiana.

2.1.2- A Psiquiatria Italiana: Desconstruindo o hospital psiquiátrico

O maior representante do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana foi o Psiquiatra Franco Basaglia, que em 1961 abandonou suas atividades acadêmicas na Universidade de Pádua para dirigir o Hospital Provincial de Gorizia, habitado por internos em condições de vida extremas, que muito lembrava os tempos em que passou na prisão durante a Segunda Guerra Mundial¹.

Logo ao assumir a direção do Hospital de Gorizia, Basaglia realizou grandes mudanças no cotidiano hospitalar, como a extinção dos métodos coercitivos e violentos de tratamento e a adoção de medidas que tinham como objetivo resgatar a dignidade e a cidadania do portador de transtorno mental. Com base nesse ideal, incentivou a participação dos médicos, técnicos e pacientes em espaços coletivos, nas assembleias e reuniões, culminando na abertura, em 1962, do primeiro pavilhão do hospital à comunidade.

¹ Basaglia participou do movimento civil de resistência armada ao regime fascista e sua aliança com o nazismo, denominado Resistência Italiana, sendo por isso detido até o fim da segunda guerra mundial (Amarante, 2003).

Em 1968, os trabalhadores de Gorizia solicitaram à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros de saúde comunitários, posto que grande parte das pessoas permaneciam no hospital devido à ausência de condições econômicas e sociais para viver fora da estrutura manicomial. Diante das resistências políticas e administrativas encontradas, a equipe se demitiu em bloco e declarou cura a todos os pacientes (Amarante, 1994).

Neste contexto, inúmeros fatores passaram a ser questionados dentre eles o papel do técnico, que para programar as mudanças em Gorizia, precisou rejeitar a delegação de poder implícita no seu saber, processo denominado por Basaglia como renúncia ao mandato terapêutico, ou seja, recusa de controle social delegada aos técnicos pela instituição hospitalar e pela sociedade (Amarante, 2003).

Os precursores do movimento italiano criticaram arduamente o manicômio e as instituições. Para Rotelli (1991), o manicômio poderia ser considerado como o lugar zero de troca, posto que todas as singularidades eram desconsideradas. A única diferença que ainda tornava-se possível era a dos diferentes sintomas e diagnósticos. Portanto, para o autor, o que importava não era a forma como o hospital era administrado, mas o que precisava ser questionado era o seu lugar de controle social.

Com base na ideia do manicômio como espaço zero de troca, Saraceno (1999) acena que os manicômios são iguais em toda parte, ou seja, independentemente da situação sócio-econômica do país onde se encontre. As características do hospital são muito semelhantes, com pacientes abandonados e ociosos, banheiros úmidos e mal cheirosos; salas de estar esfumaçadas, onde os pacientes permanecem incomunicáveis; os internos contidos nos leitos ou isolados em quartos e vastos consumidores de cigarro e café.

Para o autor as instituições em geral, por reproduzirem as formas de relações sociais predominantes, necessariamente contribuirão para o processo de alienação e

despersonalização, através da violência e da exclusão, que estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista, onde todo aquele que não tem aptidão para o trabalho é considerado diferente ou anormal. Uma das características das instituições é a nítida divisão entre os que têm poder e os que não têm poder, ocasionando uma relação de opressão e violência entre poder e não poder. Assim Basaglia (1985) escreve:

Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e manicomial. A violência e exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras como consequência da finalidade educativa, nas segundas “da culpa” e “da doença”. Tais instituições podem ser definidas como instituições da violência. (p.101)

Para os defensores do movimento a instituição é o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos e os recursos materiais, que formalizam a relação médico-paciente. Rotelli (1990) ressalta que nesta o médico busca uma relação com o paciente, só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura, sem perceber que os mesmos estão dentro desta rede institucional. Sendo assim a Psiquiatria dentro desta instituição se preocupa com a doença e não com o doente, se detém numa cadeia disciplinar e não nas necessidades dos indivíduos. Assim afirma:

Ele vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber. Mas se este produziu um resultado como o manicômio, provavelmente não é um bom saber. (p. 151)

É a realidade dessa instituição, desse saber detido pela Psiquiatria, que o Movimento difundido na Itália veio a combater, propondo novas formas de tratar na comunidade. Esta é a instituição a ser negada, questionada radicalmente. Conforme afirma Basaglia (1985):

...É a negação da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental enquanto resultado de uma doença paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição. (p.16)

No que se refere à dinâmica de trabalho, inicialmente Basaglia (1985) aplicou os princípios adotados na Psicoterapia Institucional e nas Comunidades Terapêuticas. Pouco tempo depois considerou que os modelos adotados pela França e Inglaterra não seriam úteis para uma transformação verdadeira da assistência psiquiátrica, pois considerava que nenhum deles conseguiu colocar em questão, junto com o paciente, a instituição da Psiquiatria. Para ele os modelos francês e inglês tentaram modificar as práticas da Psiquiatria, mas não colocavam as instituições e o saber psiquiátrico em questionamento, assim afirma que a maior prova disso é que os hospitais psiquiátricos ingleses e franceses, não conseguiram reduzir o número de pacientes e nem qualificar positivamente as formas de atendimento.

Pouco tempo depois, Basaglia começou a realizar reflexões críticas sobre a ineficácia de tais experiências, que tinham como objetivo apenas reformar o hospital psiquiátrico, pontuando que o movimento das Comunidades Terapêuticas apesar de ter promovido mudanças significativas no interior do hospital, não questionou a exclusão imposta pela Psiquiatria. Enquanto a Psicoterapia Institucional enfatizou o espaço hospitalar e não considerou a função social da Psiquiatria, dos hospitais e dos técnicos. Para ele o fato do movimento italiano ter se iniciado mais tarde em relação ao restante da Europa, propiciou o aparecimento de novas ideias e práticas transformadoras (Amarante, 2003).

Então é notório que a desconstrução questionava as bases do dispositivo psiquiátrico, na sua forma de atuar frente à loucura. Não havia modernização, nem novas

estruturas, que resolvessem a questão da cura em psiquiatria. A partir de então a cura se tornava a ação de produzir subjetividade, sociabilidade, sendo defendida a ideia de que construir a história dos sujeitos poderia mudar a história da própria doença.

Com base nesse pressuposto a ciência psiquiátrica foi arduamente criticada, posto que a proposta de Basaglia recusava aceitar a hipótese do todo incompreensível da doença mental e o processo de rotulação nosográfica do indivíduo diagnosticado doente mental (Amarante, 2000). A hipótese é a de que o mal obscuro da psiquiatria estava em haver separado um objeto fictício, a "doença", da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre essa separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a "instituição"), todos referidos à "doença". É esse conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, como "existência" doente (Rotelli, 1990).

Desse modo, Basaglia introduz o conceito de duplo da doença mental, descrevendo tudo que se sobrepõe à doença, tudo que se constrói em torno do indivíduo devido ao processo de institucionalização, com base em atributos que não são próprios da condição de estar doente, mas sim de estar institucionalizado ou estigmatizado, negando a subjetividade do indivíduo e a identidade do louco (Amarante, 1994). Assim é possível constatar que o movimento defendia que esta forma de tratar o transtorno mental se apresenta cercada de preconceitos, justificados cientificamente, tais como a crença de que todo louco é perigoso, insensato, irrecuperável e incompreensível (Amarante, 2003).

Com base nessas premissas Basaglia (1985) defendia que o ato terapêutico mais fundamental consistia em descobrir a pessoa, o sujeito que sofria, encoberto e coisificado por todos esses rótulos e conceitos. Submetido às mais variadas formas de coerção, o paciente internado passava a reproduzir em seu comportamento tudo aquilo que recebia

da instituição: violência, indiferença e alienação. Dessa forma independente do grau de sofrimento mental, dentro de algum tempo torna-se difícil distinguir o que é próprio da doença ou marca da sua condição de ser institucionalizado. Conforme discute Basaglia (1985):

Se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os estereótipos culturais com que o rodearam... O doente, que já sofre de uma perda de liberdade que se pode considerar como característica da doença, ao aderir a um novo corpo que é, na realidade, o da instituição, está negando cada desejo, cada ação e cada aspiração autônomos que fariam com que se sentisse ainda vivo e ainda ele próprio. (p.121)

Dessa forma é nítido vislumbrar que, para os precursores desse movimento, não é tanto a doença mental que está em evidência, mas a falta de poder contratual do portador de transtorno mental, ou seja, a perda da capacidade de estabelecer ordens e normas de acordo com as situações vividas e de exercer sua autonomia, o que faz com que o paciente não encontre outra saída de oposição a não ser apresentar comportamentos anormais e excêntricos, ou seja atitudes institucionalizadas:

Assim sua couraça de antipatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído (Basaglia, 1985, p.120).

Neste sentido as ideias defendidas por Basaglia não negam a existência da doença, porém o que passa a ser colocado em questão é o conceito de doença mental construído pelo saber psiquiátrico, fator este que Basaglia denomina como colocar a doença mental

entre parênteses, ocupando-se da doença mental não a partir do conceito psiquiátrico, mas considerando tudo aquilo que se construiu em torno da doença (Amarante, 1994).

Essa estratégia de negação adotada inverte a operação realizada pela psiquiatria, que coloca o doente mental entre parênteses, para assim conhecer a doença mental, como descreve Rotelli (1990):

A inversão, portanto, é o princípio de colocar entre parênteses, não o doente, mas a doença, com o qual se abre a possibilidade de fazer emergir os sofrimentos e os desejos do sujeito concreto em sua experiência-sofrimento em relação com o corpo social. (p.139)

Dessa forma o doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser definido e limitado pela doença (Basaglia, 1985).

Então, para Basaglia a tentativa de reintegrar o doente mental à sociedade não pode ser definida apenas como científica, mas engloba também os âmbitos sociais, políticos e culturais, exigindo uma ressignificação do modo como a sociedade se relaciona com a doença mental. Assim o autor discorre:

...se a doença mental está ligada, como a maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais,... a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo. Toda tentativa de abordagem do problema confirmará a viabilidade de uma tal empresa, e, ao mesmo tempo, lembrará que ela será, inevitavelmente, isolada e, assim, privada de qualquer significado social se não se acompanhar de um movimento estrutural de base que se ocupe daquilo que ocorre quando um doente mental recebe alta: o trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuírem para a sua reintegração acam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma atual da lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos (1985,p. 116).

Em busca desses objetivos Basaglia deu início a uma experiência ainda mais inovadora no Hospital de *San Giovanni*, em Trieste², no ano de 1970, onde após dois anos de trabalho tornou-se possível abrir os pavilhões e extinguir todas as formas de coerção, representados através das celas fortes e camisas de força, caracterizando um processo que ficou conhecido como desinstitucionalização (Amarante, 2003).

Como parte dessa mudança, algumas estratégias iniciais foram elaboradas por Basaglia ao iniciar os trabalhos no Saint Giovanni assim como a contratação de pessoal, redefinição da organização interna do hospital: os pacientes não seriam mais divididos conforme diagnóstico, houve a organização de pavilhões mistos (formados por homens e mulheres) e o sistema de punição também foi banido (Amarante, 2003).

Rotelli (1990) acentua esse caráter de mudança, descrevendo que na cidade de Trieste, em substituição ao hospital psiquiátrico foram implantados sete centros de saúde mental (um para cada bairro), que funcionavam 24 horas por dia, com atenção contínua e intensiva. Eram serviços que atendiam a toda patologia psiquiátrica, porém dentro do bairro, atuando no âmbito territorial, com as portas sempre abertas, a partir dessa demonstração de respeito ao direito das pessoas.

Além dos Centros de Saúde Mental houve a organização de outros dispositivos, como a rede de cooperativas: oficinas, ateliês, rede de apartamentos (para pessoas que não tem formas de permanecer com a família), os lares abrigados, a associação de usuários e familiares e outros serviços inovadores no campo da saúde mental, constituindo um conjunto que passou a ser denominado de instituição inventada, posto

² Em 1970 Basaglia retornou à Itália, após um curto período em Parma e de uma estada em Nova York em Trieste pôde dar início à experiência mais inovadora (Amarante, 2003, v.2).

suas características de inovação, de possibilidades de expressão de criatividade e renovação de seus objetos e técnicas.

Outro ponto de suma importância na reforma italiana, que não poderia deixar de ser citado, se refere à aprovação da lei 180, em 1978, que proibia a internação no manicômio, mais conhecida como Lei Basaglia. Essa lei se constituiu como a primeira legislação que retratava as condições efetivas para extinção do modelo manicomial e a criação de serviços alternativos na comunidade.

Desviat (1999) destacou alguns pontos importantes da lei 180, tais como: a proibição de internações após data estabelecida na lei; não poderiam ser construídos novos hospitais psiquiátricos; os serviços comunitários deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas e foi abolido o estatuto de periculosidade do portador de transtorno mental, com avaliação das medidas que legitimavam a internação obrigatória.

A partir das experiências de Basaglia em Gorizia e em Trieste foi que um grupo de profissionais em saúde mental fundou o movimento conhecido por Psiquiatria Democrática Italiana, difundindo as ideias basaglianas por toda Itália.

Dessa forma, a experiência de Basaglia estendeu-se pela Europa e pelo mundo, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde em 1973, como piloto em um plano de pesquisa sobre novas soluções em psiquiatria, no que se refere à adequação dos serviços às novas exigências da organização social.

Ongaro Basaglia (citado por Robortella, 2000), descreveu que a obra de Franco Basaglia deve ser caracterizada:

Não somente como mero fazer, mas como produtora de uma outra realidade e de uma outra cultura, tendo que lidar seja com o preconceito social para com o doente mental, seja com o preconceito científico para com a doença. Não se tratou de uma simples mudança de teoria, substituível com uma nova ideologia de recâmbio, mas da demolição concreta de uma cultura, possível somente se,

contemporaneamente, outras culturas pudessem ser construídas: outra sustentação, outro suporte, outro conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura... (p. 10)

Diante do exposto, podemos destacar a experiência de Trieste, operada por Basaglia e seus seguidores como um exitoso processo de desconstrução das práticas psiquiátricas, conforme afirma Delgado, J. (1992), ao caracterizar as ideias basaglianas, diz que estas foram mobilizadoras e desafiaram toda sociedade italiana, que observava suas ruas invadidas pela loucura que pulava os muros do hospital e habitava no dia a dia da cidade. Assim relata:

A progressiva abertura do manicômio de Trieste, ao buscar entre outras coisas restituir ao louco a sua condição de cidadão-indivíduo que sofre, mas que é acima de tudo um cidadão, desmascarou estruturas hipócritas que legitimavam a sanidade ‘dos de fora’ em troca da loucura ‘dos de dentro’ e praticamente forçou um posicionamento de cada cidadão a respeito do tema. (p.13)

Com a demonstração prática de uma experiência realizada, os organizadores da Psiquiatria Democrática Italiana conseguiram convencer políticos e forças sociais e culturais, de que era possível viver sem o manicômio. Este fato ao revelar a possibilidade de se estabelecer uma psiquiatria sem hospitais, pautada na dignidade e na cidadania; por questionar de forma radical o saber medico-psiquiátrico e por realizar constantes inovações, parece constituir a razão da repercussão mundial do movimento italiano.

2.2- Evolução histórica dos direitos dos portadores de transtornos mentais no Brasil

No Brasil, a loucura só veio ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX. As mudanças exigidas socialmente e economicamente, solicitavam medidas eficientes de controle social, sem as quais ficaria impossibilitado o crescimento ordenado das cidades e das populações.

Em 1830, foi realizado um diagnóstico da situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro, pela Sociedade de Medicina da cidade. A partir desse levantamento os loucos passaram a ser vistos como doentes mentais, merecendo um espaço para sua reclusão e tratamento, já que eram encontrados em todas as partes: nas ruas, nas prisões e casas de correções, em asilos e nos porões das Santas Casas de Misericórdia. O que veio a acarretar a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil no ano de 1852: o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro (Amarante, 1994; Costa, 1980).

O Hospício D. Pedro II apresentava capacidade para 350 pacientes e recebia pessoas de todo império. Ao ser inaugurado já abrigava 144 doentes, atingindo sua capacidade completa pouco mais de um ano depois. Observava-se que os hospitais que eram abertos, em pouco tempo estavam lotados, o que fazia com que seus administradores clamassem por mais verbas e mais hospitais (Resende, 2000).

Com a justificativa de proporcionar tranquilidade aos internos, era comum a construção de hospícios geograficamente isolados. Para que os crescimentos das cidades não os deixassem perigosamente mais próximos, os hospitais psiquiátricos eram construídos cada vez mais distantes, assim o isolamento e a proteção contra fugas continuavam garantidos (Resende, 2000). Os profissionais, não médicos, por sua vez não apresentavam discurso próprio, eram representantes do discurso psiquiátrico. Estabelecia-se desta maneira um sistema hierárquico, e a sua funcionalidade introduziu a dimensão

da ordem nesta estrutura. Esta, a ordem, se realizaria de muitas formas, como o controle do tempo e do espaço dos internados. Neste sistema hierarquizado, as visitas dos familiares eram abolidas, pois poderiam propiciar o surgimento de um discurso próprio, que iria contrariar o discurso psiquiátrico e quebrar o núcleo de toda a organização (Robortella, 2000).

A prática psiquiátrica passou a adotar a capacidade laborativa como ponto de divisão entre os normais e os doentes mentais, se empenhando em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, ou seja aptos para o trabalho. Conforme Pinel já teria observado, no final do século XIX, nos hospícios franceses de Bicêtre e Salpêtrière, onde os pacientes trabalhavam para “pagar” os gastos que se faziam com eles e em outros nos quais os pacientes ocupavam-se com lazer e jogos, os pacientes pareciam mais ativos e mais tranquilos, levando-o a concluir pelo valor terapêutico do trabalho (Resende, 2000).

Assim no âmbito da assistência, ligada ao trabalho, Amarante (1994) descreveu a implantação das duas primeiras colônias de Alienados no Brasil, inspiradas nas experiências européias, que por sua vez foram baseadas numa prática natural de uma pequena aldeia belga, Gell, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa. O trabalho passou a ocupar uma função terapêutica, já que a ideia desse modelo de colônias era de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho.

A ideia das colônias agrícolas, enfatizada na primeira década do século XX, se encontrava ainda com as necessidades do sistema capitalista na valorização do trabalho e exigência de mão de obra e com a vocação agrária da sociedade brasileira. Dessa forma, a maioria dos Estados Brasileiros incorporou colônias agrícolas a sua rede de serviços, seja como modalidade de complemento aos tradicionais hospitais existentes ou em outros casos como opção exclusiva ou predominante (Amarante, 1994).

Porém um dos maiores entraves ao sucesso do modelo das colônias se referia ao fato de que localizados a uma distância considerável daqueles que o procuravam, a centenas de quilômetros, os hospitais colônias não tinham condições de interferir na seleção das pessoas que lá deveriam se internar, assim na população das colônias eram encontrados, além de pacientes que já tinham passagens pelo hospital psiquiátrico, moças desvirginadas, crianças órfãs, mendigos, que lá chegavam por intermédio de um político local ou delegado de polícia (Resende, 2000).

Além disso, a superlotação, os recursos humanos escassos, os maus tratos e as condições estruturais precárias, denunciavam que as colônias tinham as mesmas características dos hospícios, atestando a sua função social de exclusão do doente mental.

Partindo para as décadas de 20 e 30, entre 1910 e 1920, o discurso predominante era o de ordem preventista que enfatizava a higiene, profilaxia mental e eugenia. A higiene mental tinha como objetivo preservar o psiquismo do indivíduo normal e realizar ações de prevenção nos indivíduos predispostos. Se a função fosse preservar o indivíduo normal seria a profilaxia mental; se, porém, o fim visado fosse manter e melhorar o ajustamento psíquico falava-se em higiene mental propriamente dita. Já a eugenia se referia ao estudo dos fatores socialmente controláveis que poderiam elevar ou rebaixar as qualidades das gerações futuras, no âmbito físico e mental (Escola, 2003).

A euforia pela descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico e da eletroconvulsoterapia, foi vivida na década de 30. A Psiquiatria se torna então mais poderosa e novos asilos foram construídos na década de 40, com uma quantidade maior de vagas e com modernos centros cirúrgicos para realização das lobotomias (Amarante, 2004).

Um acontecimento importante nos anos 40, especificamente em 1948, foi o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira, que propôs como alternativa às formas violentas de

tratamento a implantação do setor de terapia ocupacional no Hospital Psiquiátrico D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Nise da Silveira passou a inserir técnicas expressivas de desenho, pintura e esculturas, defendendo que os sintomas psicóticos faziam parte da diversidade humana e cada paciente, por mais diferente que fosse, compunha o que conceituava como “os inumeráveis estados do ser” (Escola, 2003, p.22).

Após 1950 aparecem os primeiros neurolépticos, como consequência nos manicômios os pacientes tornavam-se menos agitados. A farmacologia começava a pressionar com sua propaganda industrial, dando origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre era tecnicamente orientada. Silva Filho (2000) afirma que foi a partir do advento da descoberta das novas substâncias farmacológicas, que a Psiquiatria pôde exercer suas proposições de controle dos distúrbios mentais. Segundo os criadores das primeiras dessas substâncias, a clorpromazina, tais medicamentos possuíam a capacidade de produzir um estado de indiferença, controlavam a excitação e agitação psicomotora; reduziam os sintomas psicóticos, como alucinações e delírios. Assim os portadores de transtornos mentais tornavam-se alvo também de outros tipos de camisa de força, que eram as novas substâncias descobertas.

Já na década de 60 observa-se que com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. Como consequência dessas ações o Estado passou a sofrer pressões sociais com a intenção de lucro pelos empresários, o que contribuiu para que a doença mental se tornasse um objeto financeiro, ocorrendo surpreendente aumento do número de leitos psiquiátricos. A Previdência Social chegou a destinar 97% do total de recursos da Saúde Mental para as internações na rede hospitalar (Amarante, 1994).

Enquanto variados movimentos aconteciam em diversos países objetivando uma mudança no paradigma de atendimento em saúde mental, somente a partir da década de

70 experiências inovadoras foram implementadas no âmbito da assistência psiquiátrica no Brasil. Essas experiências eram contra a prática excludente instaurada, o poder médico psiquiátrico, o número excessivo de internações psiquiátricas e a favor da implantação de uma rede de serviços comunitários, conforme descrito abaixo.

2.3- Reforma Psiquiátrica e Direitos dos portadores de transtornos mentais

Historicamente, as pessoas com transtornos mentais têm sido um dos grupos sociais mais excluídos e despossuídos de direitos e cidadania. A prática secular de asilamento desses indivíduos tem dificultado sua reintegração e recuperação, e concorrido para sua segregação, discriminação e preconceito.

No Brasil, foi a partir da década de 70 que se disseminaram alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à assistência psiquiátrica. A violência nos manicômios e a exclusão já eram pautas de discussões que reivindicavam os direitos do doente mental. Os principais questionamentos estavam relacionados à natureza do modelo privatista e à sua incapacidade de oferecer um tratamento que atendesse às necessidades dos usuários.

Neste período, se iniciavam denúncias de maus tratos, falta de higiene, superlotação, péssima qualidade dos serviços oferecidos e falta de assistência médica nos hospitais psiquiátricos. No Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, os doentes eram vítimas das camisas de força, dos jejuns impostos, das cacetadas, dos maus tratos e até de assassinato. Em Olinda, em alguns anos a mortalidade ultrapassou os 50% da população internada e no Pará o Beribéri era uma das mais importantes causas de morte entre os internos (Resende, 2000).

Em 1973, foi aprovado o Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica, a partir de um documento elaborado anteriormente por Luís Cerqueira, um dos maiores críticos ao modelo hospitalocêntrico na década de 70. O manual enfatizava a importância da assistência extra hospitalar, da readaptação do doente e do trabalho em equipes multidisciplinares. Apesar de exercer grande influência nas discussões sobre saúde mental, sua aplicação não foi efetiva, posto o destino dos recursos da Previdência Social, financiadora das ações de saúde, ser marcado pela compra de serviços hospitalares privados. A mudança proposta pelo manual só poderia ser efetivada concomitante com a transformação do modelo das políticas de saúde no Brasil (Amarante, 2003).

É possível observar que o início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi contemporâneo da disseminação da Reforma Sanitária, a favor da mudança dos modelos de atenção nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos Serviços, protagonismo dos trabalhadores, usuários e outros atores nos processos de gestão e produção de novas formas de cuidado.

Destaca-se como marco do Movimento Brasileiro o episódio que ficou conhecido como a crise da DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAN deflagraram uma greve em Abril de 1978, após a demissão de 260 estagiários e profissionais (Amarante, 1995).

A crise foi anunciada a partir da denúncia realizada por profissionais médicos, ao exporem as situações irregulares de alguns hospitais, trazendo a público a trágica situação existente. Este fato repercutiu fortemente, ao mobilizar profissionais de diversas unidades e receber apoio de diversos movimentos. Sucederam-se diversas reuniões periódicas em grupo, assembleias, discussões em sindicatos e demais entidades da sociedade civil, o que veio a constituir o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM.

Esse movimento, criado em 1978, denunciava a falta de recursos nas unidades e a precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população. O MTSM se configurava então como um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinava informações, organizava encontros, reunia trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Amarante, 1995).

As reivindicações iniciais giravam em torno da regularização da situação trabalhista, do aumento salarial, da redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, das críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque. Assim, o MTSM refletia um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o fez oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.

Assim foi, sobretudo nesse Movimento, por meio de variados campos de luta, que foi protagonizada a denúncia de violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, a construção coletiva de uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência aos portadores de transtornos mentais.

As lideranças do MTSM lutavam para que o movimento não fosse dissolvido. Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, surgiu a oportunidade de organizar nacionalmente os movimentos, que já eram desenvolvidos em alguns Estados. Esse evento, realizado em Camboriú, Santa Catarina, ficou conhecido como o Congresso de Abertura, pois pela primeira vez os movimentos de saúde mental participavam de um encontro, antes restrito aos setores conservadores. Nesse Congresso foi criticada a privatização do setor de saúde e a falta de participação democrática na elaboração das

políticas públicas de saúde. A partir daí foi estabelecida no evento uma frente a favor das mudanças, que possibilitou a organização político-ideológica das questões relativas à saúde mental e uma crítica ao regime político do país (Amarante, 1995).

Durante os anos de 1978 e 1979, Franco Basaglia esteve duas vezes no Brasil, participando do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. A vinda de Basaglia foi de suma importância no fortalecimento do MTSM, na medida em que realizou reuniões, fez visitas e debates com os membros do movimento e interessados, inclusive realizou uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, comparando-o a um campo de concentração nazista. As visitas deste membro ilustre do movimento italiano ao Brasil propiciaram uma série de reflexões críticas sobre o modelo vigente no país e a conquista de mais adeptos para a luta do MTSM, até pelo fato de que o ano da primeira visita coincidiu com o ano da aprovação da Lei Basaglia, na Itália. No mesmo período, estiveram no país diversos atores das críticas ao modelo hospitalocêntrico, entre eles: Robert Castel, Felix Guatarri, Erving Goffman e outros (Amarante, 2003).

Em 1979, outro destaque se alicerça na realização do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo relatório final apontava diretrizes essenciais ao fortalecimento dos movimentos, destacando a necessidade de uma organização que visava a maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de saúde mental. Outra crítica ainda presente neste evento se referia aos grandes hospitais psiquiátricos públicos e seu caráter asilar.

Contudo foi somente na década de 80 que o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou força política e social. Esse período, marcado pelo final da ditadura, abriu as possibilidades de mudança no setor de saúde, permitindo a participação de outros setores, que não os médicos, nesse processo. Surgiram também uma série de críticas às

noções de clínica e cidadania, ambas alicerçadas numa concepção universal do sujeito, que defendia que a normalidade deveria ser reconstituída.

Nesse percurso foi realizada em 1986, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o diferencial de que pela primeira vez participaram deste evento, representantes populares, trabalhadores e vários setores da comunidade. Nesta conferência foi instituída uma nova concepção de saúde: a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a partir da definição de alguns princípios básicos como a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização (Amarante, 1995).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro em 1987, ocorreu como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e contou com a participação de dezenas de delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, representantes de usuários e demais segmentos da sociedade, onde foram discutidos três temas centrais: a Economia, a Sociedade e o Estado e seus impactos sobre a saúde mental e doença; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde mental; cidadania e doença mental- direitos, deveres e legislação.

Destacaram-se as seguintes recomendações elaboradas na I Conferência Nacional de Saúde Mental:

-A orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizassem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito não só de redirecionar as suas práticas, mas também de combater a psiquiatrização do social, que tende a transformar todo mal psíquico em doença, democratizando instituições e unidades de saúde;

-A necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, e que os Estados reconhecessem

os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde mental;

-A priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (Brasil, 1988).

O que é válido ressaltar é que foi na I Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Controle Social se pronunciou a favor do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, a partir da construção de um modelo substitutivo, chamando a população e outros setores para aderirem ao movimento.

Já o II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental, realizado também em 1987, trouxe o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” e determinou um novo alvo de ação: não seriam apenas as grandes reformas, mas a preocupação também com a saúde num contexto mais amplo, que envolvia profissional e usuário, não só as instituições psiquiátricas, mas principalmente a cultura. O movimento incorporou ainda novos atores, os usuários e seus familiares, que passaram a ter um papel ativo no processo (Amarante, 1995).

A escolha pela expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, procurava demonstrar, conforme Amarante (1995), que não existia diferença entre este e qualquer hospital psiquiátrico. A ação voltada para a cultura ocupava um lugar estratégico no chamado “Movimento da Luta Antimanicomial”, convocando toda sociedade para discutir e reconstruir sua relação com a loucura. Assim, com o objetivo de expandir o movimento foi instituído o dia 18 de Maio, como Dia Nacional da Luta Antimanicomial e dessa forma o movimento abria possibilidades de inserção de parcelas maiores da população em torno da causa. Considera-se que foi a partir de tal movimento que o MTSM se expandiu, limitando-se não apenas aos técnicos, mas adquirindo uma

amplitude maior, inclusive no seu objetivo que passou a ser a luta por um novo lugar social para o transtorno mental e não simplesmente a transformação do modelo assistencial (Amarante, 2003).

Outro acontecimento historicamente importante na Reforma Psiquiátrica Brasileira se refere à Intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos-SP. Em Maio de 1989 a Prefeitura Municipal após receber uma série de denúncias de maus tratos, mortes violentas, iniciou o processo de Intervenção com o objetivo de pôr um fim nas condições de vida aterrorizantes dos internos.

Sobre a Intervenção na Casa de Saúde Anchieta, Tykanori (1996) afirma:

...sem considerar o aspecto da cidadania, isto é, as relações éticas, os direitos e deveres, o respeito pelos pacientes, não se modificaria a situação de violência e opressão a que os pacientes eram continuamente submetidos, decidiu-se então pela intervenção. Esta intervenção teve como objetivo não apenas a melhoria das condições técnicas, ou a adequação a padrões abstratos, mas a recuperação e a afirmação da cidadania daqueles pacientes, mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade. (p. 40)

A partir desse pressuposto foi desconstruída a Casa de Saúde Anchieta, desinstitucionalizando o atendimento psiquiátrico em Santos, onde foi implantada uma rede substitutiva exemplar no que concerne à Reforma Psiquiátrica almejada no país. A experiência de Santos mostrou a possibilidade de desconstrução de uma rede centrada no atendimento hospitalocêntrico, suscitando a necessidade de uma legislação específica.

Nessa diretriz, ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado elaborou o projeto de lei que discutia a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, marcando o início dos registros da Reforma no campo da legislação (Brasil, 2005). Tal projeto ampliava as discussões sobre Saúde Mental no país, assim diversas Associações de usuários e familiares foram criadas, umas

a favor e outras contra a Reforma Psiquiátrica e simultaneamente às discussões vários Estados e municípios elaboravam suas leis.

Foi nesse contexto de luta pela cidadania do portador de transtorno mental, partindo do princípio de inclusão social e dos pressupostos de uma clínica antimanicomial, que a década de 1980 assistiu ao surgimento de experiências institucionais na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental: os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial. Desde a primeira experiência (CAPS Luís Cerqueira-Santos, 1988), a ideia de CAPS segue tentando ampliar os horizontes da clínica para incorporar a dimensão psicossocial.

No âmbito das discussões, a realização da Conferência de Caracas, em 1990, propiciou a implementação das políticas de saúde mental e a reorientação do modelo de atenção nos países da América Latina e Caribe. Essa conferência culminou na elaboração da Declaração de Caracas, que trazia como princípio a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais, através da superação do modelo do hospital psiquiátrico e da luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas relacionados à saúde mental.

Tais discussões foram fortalecidas e culminaram na realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, com a participação de familiares, usuários e profissionais, onde foram discutidos e pactuados os princípios e as diretrizes norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que concerne à desinstitucionalização e a luta antimanicomial. Nesse mesmo ano entraram em vigor no país as primeiras regulamentações federais sobre a implantação de serviços substitutivos e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos. O movimento se ampliava também no que se referia a legislação e a abertura de serviços extra-hospitalares.

O atendimento do tipo CAPS passou a fazer parte do sistema de financiamento do SUS em nível nacional a partir da Portaria 189 (1991), do Ministério da Saúde, regulamentado pela portaria 224(1992). Essa portaria define os CAPS como unidades regionais de “cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, com funcionamento mínimo de cinco dias na semana em horário diurno, podendo funcionar 24 h por dia, durante os sete dias da semana, contando com equipe multiprofissional, para os seguintes procedimentos entre outros: Atendimento individual (Médico, Psicoterápico e outros), Grupos diversos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade.” (Brasil, 2004 b, p.244).

Após essas primeiras regulamentações na década de 90, outro fato de suma importância se constituiu na aprovação da Lei Paulo Delgado, em 2001, após 12 anos de difícil tramitação no Congresso Nacional. A aprovação foi de um projeto substituto ao projeto original, trazendo consideráveis modificações. A Lei 10.216 redireciona os cuidados em saúde mental, ressalta a importância dos serviços comunitários, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamentando as internações psiquiátricas. Dentre os principais direitos dispostos nesta lei (Brasil, 2001), está a internação exclusivamente quando recursos extra-hospitalares forem insuficientes, além da fiscalização das internações, sendo que não institui mecanismos nítidos para a progressiva extinção dos manicômios (Brasil, 2004a).

A aprovação dessa Lei trazia novo impulso à Reforma Psiquiátrica Brasileira e neste mesmo ano destacava-se a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, usuários e familiares, o que veio a consolidar a Reforma Psiquiátrica como política de Governo, a partir de importantes questões como o reconhecimento do papel estratégico dos CAPS na mudança do modelo

assistencial, além da defesa da construção de uma política específica para os usuários de álcool e outras drogas e a presença do controle Social como garantia para o avanço do Movimento no país.

A Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e também discute pontos sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Os direitos dos portadores de transtornos mentais estão descritos no 1º e 2º artigos. São eles:

- I- Ter acesso ao melhor tratamento do Sistema de Saúde, consentâneo as suas necessidades;
- II- Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III- Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV- Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V- Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não, de sua internação involuntária;
- VI- Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII- Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e seu tratamento;
- VIII- Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX- Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

A responsabilidade do Estado na implementação da política de saúde mental, assim como na assistência e promoção de saúde mental, com a participação da sociedade e da família são pontuados no art. 3º. A orientação para que o tratamento tenha como objetivo a reinserção social do paciente, a partir de uma assistência integral ao indivíduo portador de transtorno mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer, dentre outros, são discutidos no artigo 4º.

A lei discorre ainda sobre os tipos de internação, sendo a internação voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; a involuntária, aquela que se dá a pedido de terceiro, sem o consentimento do usuário e a internação compulsória

caracterizada como aquela que é determinada pela justiça e especifica condições para ocorrência de cada uma dessas internações (Brasil, 2001).

Dallari (2011) tece algumas críticas à Lei e discute que a norma geral alicerçada no Projeto da Lei 10.216 impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, no entanto direcionava os recursos públicos para a criação de recursos de atendimento não manicomiais.

Diante de algumas constatações de que seriam necessárias complementações à Portaria 224, e de acordo com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde, foram promulgadas em 2002 as portarias 251 e 336. Enquanto a portaria 251 regulamentava as normas para assistência hospitalar psiquiátrica, dispondo as normas de funcionamentos dos hospitais e a classificação dos mesmos, a portaria 336 discorria sobre o funcionamento e financiamento dos CAPS e de outros tipos de Serviços substitutivos, ampliando o funcionamento e complexidade dos mesmos (Amarante, 2003).

Como parte da política de saúde mental também foram implantados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), com a proposta de ser uma moradia para pacientes de longas internações psiquiátricas, que perderam seus laços familiares e sociais, portanto impossibilitados de retornar ao convívio familiar. As casas são mantidas com recursos financeiros que anteriormente eram destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2000).

Além da moradia tais pacientes podem ser beneficiados com o Programa de Volta para Casa (PVC) que consiste numa bolsa auxílio, para pacientes egressos de internações

psiquiátricas num período superior a dois anos, que pode ser renovado após o período de 1 ano, desde que o usuário não tenha apresentado internação nesse período (Brasil, 2003).

Concomitante a esses fatos, o Ministério da Saúde fortaleceu o processo de redução de leitos psiquiátricos, através de mecanismos claros e seguros tais como a realização do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a implementação do Programa de Volta pra Casa, da ampliação dos CAPS, das Residências Terapêuticas e outros mecanismos que tem possibilitado a redução de milhares de leitos psiquiátricos. Em 1996 eram 72.514 leitos, enquanto que em 2010 foram contabilizados 32.735 leitos (Brasil, 2005; 2011).

Como destaque histórico cabe ressaltar a realização do I Congresso Brasileiro de CAPS, em Julho de 2004, na cidade de São Paulo, que reuniu profissionais de Saúde Mental de todo país, para discutir as políticas de saúde mental e compartilhar suas experiências. Participaram do evento cerca de 2000 pessoas, entre profissionais e representantes de associações de usuários e familiares (Brasil, 2004 d). Esse evento se configurou como um congresso inédito na área da saúde mental brasileira, com discussões emergidas a partir das temáticas: CAPS laços sociais; o cuidado cotidiano nos CAPS; e trabalhadores, usuários e familiares- transformando relações, produzindo novos diálogos. A programação contemplou a realização de mesas redondas, oficinas, cursos, mini conferências, apresentações artísticas e culturais, mostras de arte e de produtos e ideias dos CAPS. Sua importância refere-se principalmente por ter apresentado o crescimento e práticas dos CAPS, desde 1988, quando foi inaugurado o primeiro serviço (Brasil, 2004d).

Em 2005 outro acontecimento importante foi, a discussão da “Declaração de Caracas” ocorrida em 1990, o que gerou a criação de um documento intitulado “Princípios

Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas”, em um evento realizado pela OPAS, denominado 15 anos depois de Caracas, com o objetivo de avaliar os resultados obtidos. Neste documento, os participantes reconheceram os avanços que se produziram nos últimos quinze anos na reestruturação da atenção psiquiátrica, constataram as experiências exitosas desenvolvidas em vários países, assim como obstáculos e dificuldades. A validade dos princípios contidos na “Declaração de Caracas” foi reafirmada, em relação à proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais e a necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos. No documento foi mencionada a preocupação com o aumento da vulnerabilidade psicossocial e das diferentes modalidades de violência. Todos os atores envolvidos para a implementação dos princípios éticos, políticos e técnicos foram convocados (Hirdes, 2009).

A IV Conferência de Saúde Mental, realizada em 2010, trouxe discussões relevantes, o que ampliou muito a possibilidade da construção de ações mais decisivas na área de geração de renda (sob a diretriz da economia solidária), educação, assistência social, justiça, cultura. Especialmente, ampliou a eficácia do debate dos direitos humanos. A Secretaria de Direitos Humanos, que participou da convocação da Conferência com o Ministério da Saúde, defendeu a proposta de instalação efetiva do Núcleo Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos. Dispositivos como o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental ampliaram a capacidade de monitoramento, defesa e proteção dos direitos dos pacientes com transtornos mentais. Esse monitoramento em relação aos direitos humanos de usuários e familiares deveria incidir não apenas sobre os leitos de hospital psiquiátrico ainda existentes no país, mas também sobre os serviços de hospital geral, os Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Atenção Básica,

Centros de Convivência, todos os serviços da rede de saúde mental comunitária (Delgado, 2011).

Após a realização de diversas discussões, alguns autores apresentaram propostas de avaliar a Reforma Psiquiátrica. Pitta (2011) considera que o avanço mais considerável da Reforma aparece devido à expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais. No período de 2004 a 2014, destaca-se ainda a entrada orgânica do enfrentamento do uso prejudicial das substâncias psicoativas nos governos da União, dos estados e dos municípios. Área que sempre mereceu referências pela sua importância epidemiológica sem jamais ter merecido, de fato, uma consequente resposta política e assistencial, entrou nessa última gestão como prioridade no discurso presidencial, particularmente em relação ao uso do Crack.

Dallari (2011) ressalta que se faz importante controlar a execução da política, a partir da participação popular direta e fazer cumprir a Lei 10.216, a partir de recursos direcionados ao Poder Judiciário, conforme a vontade dos interessados manifestada nos espaços públicos. Necessário destacar ainda que no Brasil, apesar dos avanços legislativos a cultura da impunidade e da violação dos direitos dos portadores de transtornos mentais permanece, sobretudo nas instituições psiquiátricas, ainda em funcionamento. São emblemáticos os casos das mortes dos pacientes: Damião Ximenes (CE); Sandro Costa Fragoso e José Martins da Silva (RN). De acordo com os dados do Relatório Anual do Centro de Justiça Global (Carvalho, 2004), o primeiro foi vítima de espancamento na Casa de Repouso Guararapes, no interior do Ceará, em 1999; o segundo, em 2002, foi encontrado carbonizado; estava imobilizado com tiras de pano, e ainda assim o responsável do Hospital Milton Marinho (local onde o paciente estava internado), atestou como causa da morte o suicídio. O terceiro estava internado no Hospital Milton Marinho, morreu em 2000 decorrência de inanição, após passar oito dias sem receber

alimentação ou água. O mesmo relatório aponta que no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia ocorreram 20 mortes em 2003.

Embora algumas pessoas tenham se mostrado contra os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, movidos pela ameaça que esta representa, aterrorizando familiares e disseminando que a Reforma Psiquiátrica impõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a devolução de forma irresponsável dos internos aos familiares ou o abandono dos mesmos, é possível constatar que há um avanço na reorientação dos modelos de atendimento em saúde mental, de base comunitária. Resta saber se o objetivo principal de estabelecer a autonomia e reinserção social da pessoa com transtorno mental está sendo alcançado.

Dentre as cidades que apresentaram destaque no que concerne à implementação da Reforma Psiquiátrica e implantação de serviços abertos de saúde mental, os CAPS, Campina Grande foi citada pela Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS (Brasil, 2005) como exemplo de experiência exitosa. Considerando que a presente pesquisa será realizada nesse município, serão discutidos no tópico seguinte alguns aspectos sobre a evolução da Reforma Psiquiátrica nessa cidade.

2.4– A Saúde Mental em Campina Grande

Neste tópico serão abordados alguns aspectos relativos à reorientação do modelo de assistência psiquiátrica em Campina Grande, a partir da descrição do processo de Intervenção no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional- ICANERF, ponto culminante da Reforma Psiquiátrica no município, da implantação da rede substitutiva e da caracterização dos Serviços.

Como descrito, há um movimento no Brasil que objetiva repensar a doença mental e construir uma nova forma de acolhê-la, o que não significa reformar o local onde forçosamente o transtorno mental habitou durante centenas de anos, mas acima de tudo possibilitar espaços de convivência entre as instituições e a sociedade e extinguir a transponível fronteira entre a loucura e os ditos normais. Em Campina Grande não foi diferente, o ICANERF não poderia ser remodelado, nem suas práticas, modernizadas. Não era o hospital, no que concerne a estrutura física, recursos humanos, administração, que estava em questionamento, mas o modelo hospitalar excludente e segregador.

Tal medida foi adotada de acordo com a política de saúde mental do Ministério da Saúde, que tem como diretrizes principais: a redução de leitos de forma gradual e a paralela expansão e consolidação da rede substitutiva, que vem sendo implementada através de diversos instrumentos de gestão entre eles o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH/Psiquiatria³.

Conforme o roteiro para avaliação dos hospitais psiquiátricos-PNASH-Psiquiatria, elaborados de acordo com as Portarias GM nº. 799/00 e GM/MS nº. 251/02 (BRASIL, 2004a), os seguintes itens foram avaliados:

1. Estrutura física e funcional
2. Limpeza hospitalar
3. Roupas hospitalares
4. Almoxarifado

³ O PNASH-Psiquiatria é realizado anualmente nos hospitais psiquiátricos credenciados pelo SUS, com o objetivo de avaliar as condições técnicas, administrativas e estruturais de funcionamento da instituição. Dessa forma é um instrumento que localiza leitos inadequados e em sua redução garante uma assistência digna aos usuários do SUS.

5. Farmácia
6. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência
7. Condição para atendimento de intercorrências clínicas
8. Aspectos gerais dos internos
9. Alimentação dos internos
10. Recursos humanos
11. Enfermagem
12. Prontuários
13. Projeto terapêutico/prática institucional
14. Projeto terapêutico/alta hospitalar e encaminhamento
15. Espaços restritivos/punitivos
16. Contenção Física
17. ECT/Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica
18. Reuniões
19. Vinculação e direitos
20. Aspectos gerais da assistência

É parte desse processo avaliativo a realização de entrevistas de satisfação com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. Assim o instrumento de avaliação gera uma pontuação que cruzada com o número de leitos do hospital, classifica os hospitais psiquiátricos em quatro categorias: os hospitais de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações

e devem sofrer revistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Entre as dez piores instituições avaliadas no país, a partir dos critérios especificados, colocadas em processo de intervenção federal, através de Decreto Ministerial, encontrava-se o ICANERF, reprovado por três avaliações consecutivas, não apresentando propostas de melhoria. O descredenciamento desta instituição foi publicado em Diário Oficial em Julho de 2003, a partir da revistoria do PNASH 2002. No entanto, a gestão municipal, como gestor local do SUS, não adotou critérios que intervissem nas condições da instituição e esta continuava atendendo ao público, apesar de não corresponder aos critérios adequados.

Dentre outros processos jurídicos abertos pelo Ministério da Saúde, apenas o processo de Campina Grande foi aceito pela Justiça em 2003, uma prova de que, apesar de difícil, é possível enfrentar as noções de propriedade privada quando se trata de defesa da vida, bem como os *lobbies* corporativos envolvidos nessa questão (Kinker et al, 2010).

No dia 19 de agosto de 2004 o Ministério da Saúde anunciou uma medida de grande impacto visando por um fim nas condições desumanas de tratamento encontradas em alguns hospitais psiquiátricos brasileiros: intervenção na gestão de 10 instituições próprias e conveniadas ao SUS, nos estados da Bahia, de Pernambuco, da Paraíba, do Rio Grande do Norte, do Rio de Janeiro e de Minas Gerais.

No documento elaborado em Brasília em Agosto de 2004, durante a reunião para pactuação do processo de intervenção nos hospitais psiquiátricos estavam entre as medidas a serem adotadas pelo Ministério da Saúde a intervenção em alguns hospitais, através de ação civil pública, entre eles o Hospital de Camaragibe - PE, o Sanatório de Juazeiro – BA, o de Salvador- BA, Caicó- RN, Montes Claros-MG e o ICANERF em Campina Grande-PB.

A visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental, em Novembro de 2004, constituiu um dos marcos da intervenção no Hospital. Muito noticiada, esta visita trazia a perspectiva de descredenciamento do hospital do SUS e consequentemente seu fechamento. Para o imaginário social esta ação geraria uma completa desassistência ao portador de transtorno mental. Como consequência desse início os familiares recorriam à mídia, onde apelavam para que o hospital não interrompesse seus serviços, afinal, diziam eles, para onde iriam seus parentes lá internados? Como iriam conviver de forma social considerando sua ‘periculosidade’? Esse ponto também foi descrito por Kinker (2007) ao afirmar:

...cabe observar que diversas famílias procuraram o hospital preocupadas, não com o que se passava com seus familiares, mas com a possibilidade de isso levar ao fechamento da instituição, o que os faria perder essa importante válvula de escape da infernal situação existencial vivenciada por eles, particularmente da situação de pobreza(p.21).

O processo de Intervenção no ICANERF foi iniciado, de forma extraoficial, em Novembro de 2004, com a visita ao hospital de representantes da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, reunião com o proprietário e uma reunião no Conselho Municipal de Saúde, na qual foi estruturada uma Comissão de Intervenção denominada “Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento do Processo de Reestruturação do ICANERF” (Ofício nº. 145/2004-Ministério da Saúde), cuja função era apoiar e viabilizar o processo de intervenção no hospital, bem como propiciar uma reorientação da assistência em saúde mental do município.

As reuniões iniciais com a direção do hospital foram marcadas pelo questionamento sobre as possibilidades de realizar melhorias no interior do hospital e pela alegação da escassez de recursos financeiros, condição esta que não justificava a precariedade do tratamento e o onipotente atestado de desrespeito à condição humana. O processo de

intervenção seria imprescindível e inevitável, mediante as sucessivas reprovações no PNASH e diversas oportunidades dadas ao hospital para que reformulasse as condições reprovadas em tal relatório.

O Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde realizou um censo clínico e psicossocial dos pacientes internados no hospital, sendo encontrados 151 internos, metade deles com residência em Campina Grande, outra parte com residência em outros municípios e um pequeno número com dados não identificados. É válido ressaltar o número de pacientes com tempo de permanência entre 10 e 20 anos (78 internos), dentre eles 47 moradores⁴, enquanto apenas 11 pacientes apresentavam de 6 a 11 meses de internação. Esses dados demonstravam um quadro inicial da situação dos internos no hospital.

Antes da medida judicial que decretava a intervenção ser concedida, foi pactuado entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, o gestor municipal e a direção do Hospital que a equipe de intervenção iniciaria os trabalhos de ordem técnica no interior da instituição.

Dessa forma uma das primeiras medidas adotadas foi conhecer os pacientes, colher dados da história de cada um e identificar possíveis candidatos às Residências Terapêuticas, sendo estabelecido como prioridade a realização, junto aos futuros usuários, de um trabalho de reintegração social e resgate de suas histórias e vínculos pessoais. Apesar da ameaça eminente de perda do emprego e retaliações por parte da direção do hospital, alguns trabalhadores contribuíram ativamente no desenrolar do processo. Foram realizados ainda exames clínicos para averiguar o estado de saúde dos pacientes.

⁴ Grande parte dos moradores não possuía contatos com seus familiares.

A comissão técnica de acompanhamento da intervenção passou a se reunir regularmente e algumas estratégias foram lançadas, tais como o fortalecimento dos serviços já existentes (CAPS II e CAPS Ad), transformação do CAPS II em CAPS III (funcionamento 24 h), implantação das Residências Terapêuticas, estabelecimento de parcerias com o Programa Saúde da Família, realização de visitas regulares ao hospital por membros da comissão e outros.

Em Abril de 2005, por determinação judicial⁵, o Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumiram a administração e o gerenciamento do Hospital, intervindo por tempo indeterminado para, a partir do manicômio e da sua desconstrução, dar origem a outro modelo, de caráter substitutivo à internação psiquiátrica.

O citado processo judicial ordenava o afastamento imediato da direção do hospital, até que a situação fosse regularizada ou efetivado o descredenciamento do mesmo. Além disso, nomeava o interventor, concedendo-lhes poderes para administrar a instituição.

Devido à escassez dos recursos financeiros do Hospital, a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu apoio determinante na compra de produtos alimentícios, medicação, colchões, cobertores e outros materiais essenciais de urgência. Aspectos no mínimo essenciais ao funcionamento digno da instituição, que buscava uma condição mínima para garantir o direito à assistência dos internos.

No dia 28 de Abril de 2005 o Jornal Correio da Paraíba trouxe em sua capa a reportagem: “Doentes nus e abandonados levam o Ministério da Saúde a intervir no Hospital ICANERF”, que caracteriza o espaço do hospital:

⁵ A ordem de intervenção foi determinada pelo juiz da 6ª Vara Federal da Paraíba, processo nº. 2005.82.01.001002-2.

...os relatos são de pessoas que tomavam banhos juntas, cujo único instrumento para a higiene era uma mangueira operada por um funcionário que, mecanicamente parece limpar elefantes, como aqueles de circo...O quadro foi completado por ambientes, na maioria das vezes sem luz e sem banheiros...além do estoque empobrecido de comida, um déficit considerável na farmácia do hospital. O estoque de medicamentos não apresentava o que era necessário para a manutenção mínima do hospital (Magno, 2005, p. 8).

Pela primeira vez uma equipe de reportagem teve acesso ao interior da instituição. A partir daí a situação do hospital foi exposta à comunidade. Com a presença da imprensa pretendia-se vislumbrar que ao ferir qualquer princípio humano e não respeitar minimamente os DH dos indivíduos lá internados, a intervenção não se limitava a uma questão meramente técnica, mas demandava aspectos de uma amplitude maior, devendo ser alvo de interesse de toda comunidade.

As medidas de vigilância dos internos se mostravam inquestionáveis, os profissionais responsáveis pela mesma, mantinham em suas fardas o nome escrito com letras grandes: SEGURANÇAS, mantendo sob seu controle as chaves e o acesso dos internos às áreas permitidas, até então as enfermarias, o pátio-local do banho de sol e o refeitório.

A gestão financeira dos recursos do SUS se apresentava absolutamente comprometida, segundo avaliação da comissão de intervenção, os recursos seriam suficientes para oferecer condições melhores aos internos. Até porque um olhar, um gesto mais humano, um cuidado despojado de controle e submissão, dependiam de algo que certamente ultrapassava o caráter financeiro.

Como processo semelhante ao vivenciado em Campina Grande, destaca-se, conforme já mencionado, a Intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, no ano de 1989, quando a imprensa local denunciou as formas de violência e as mortes ocorridas no hospital, levando o governo municipal a optar por uma posição de não

omissão. Com relação a intervenção do Hospital local, a intervenção do Anchieta teve o diferencial de que tal processo não foi decretado pela instância federal, mas a partir da decisão do poder executivo local, onde a Prefeitura Municipal assumiu o desafio de desmontar a instituição manicomial e originar outro modelo.

No ICANERF foi iniciado então o enfrentamento dos problemas detectados, passando a construir um novo paradigma de cuidados no qual a qualidade de vida do portador de transtorno mental e o respeito aos direitos de cidadania passavam a justificar a nova dinâmica de trabalho.

No referido hospital, os pacientes, na maioria marcados pelas suas longas histórias de internação, apresentavam comportamentos demasiadamente institucionalizados, onde toda história natural da doença, causas e fatores determinantes passavam a ter um papel cada vez menos importante no quadro psiquiátrico do paciente, tendo prioridade o fator identificado por Goffman (1999) como o principal determinante da evolução de pacientes crônicos: a rotina institucional, a vida asilar e o conjunto de práticas que permeiam o hospital.

A prescrição das medicações no ICANERF parecia seguir a lógica de massa, a mesma prescrição para todos. A medicação que era pobre e insuficiente era distribuída para todos igualmente (Kinker et al, 2010). Furtado (2001) destacou como consequência dessa rotina asilar outra doença: a neurose institucional, assim denominada por Barton, na década de 50. Os fatores que estariam ligados à neurose institucional seriam: perda de contato com o mundo externo; ócio forçado; as atitudes autoritárias de médicos e pessoal de enfermagem; o uso abusivo de medicação; espaço físico opressivo; perda de amigos íntimos, propriedades e acontecimentos; além da perda de perspectivas fora da instituição.

Ainda caracterizando tal instituição é válido mencionar o relatório elaborado pela Agência Estadual de Vigilância Sanitária-AGEVISA, que discute alguns itens vistoriados e não aprovados na visita realizada⁶ por alguns setores representativos. Dentre as observações do relatório destacavam-se:

- A presença de fezes e urina em espaços que não têm banheiro
- Estrutura comprometida: paredes com infiltração, paredes sujas, portas danificadas, banheiros sem chuveiro e descargas quebradas;
- Presença de pacientes despidos e deitados no chão;
- Pacientes com visíveis problemas de saúde, como escabiose, piolhos e afecções dentárias;
- Insuficiência de recursos humanos;
- Ausência de equipamentos médicos necessários;
- Unidades de internação com superlotação;
- Inexistência de projetos terapêuticos;
- Grande descaso e ausência de humanização;
- Cheiro desagradável de urina em todos os espaços;
- Irregularidades na cozinha, na área de armazenamento de comida, na farmácia, no almoxarifado, na lavanderia e outras áreas do hospital.

O relatório ainda especificava que pelo acompanhamento não terapêutico a instituição estava muito distante de ser considerada um hospital:

...Os pacientes não são acompanhados e tratados, mas apenas vigiados por poucos profissionais, que são chamados de seguranças, e que

⁶ Visita realizada por representantes do Ministério da Saúde, da AGEVISA, da Vigilância Sanitária Municipal, da Secretaria Estadual de Saúde, 3º Núcleo de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

andam até com um uniforme específico. Os espaços são fechados por portas de ferro, como celas onde os pacientes ficam confinados. Os banhos são coletivos, sem nenhuma privacidade ou cuidados de higiene.

Kinker (2007) ao escrever um trabalho sobre o processo de intervenção descreve que os seguranças eram vítimas do próprio controle que exerciam, onde também eram cronificados numa condição de ferramentas de uma máquina institucional, limitados a abrir e fechar portas, sem saber ao certo o que e por que faziam, mas seguiam a delegação dos “doutores da ciência psiquiátrica, os verdadeiros donos do poder da máquina, tão vítimas quanto os empregados por sua alienação e falta de crítica, que pouco ficavam nas enfermarias ou apenas entravam nelas de passagem para refazer as prescrições de medicamentos” (p.15).

No processo do poder judiciário também constavam outros dados colhidos na Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, denunciando ainda algumas deficiências tais como: precárias condições de conservação predial: piso inadequado, janelas sem vidros; comissão de controle hospitalar não formalizada; ausência de colchões, unidades de internação com grades, cadeados e seguranças; refeitório e cozinha em péssimo estado; iluminação precária; pacientes internados custeando a medicação utilizada em seus tratamentos e prontuários incompletos, sem evolução médica. Todos os dados constatados por diferentes instâncias mostravam que o processo de intervenção se mostrava mais que necessário, posto as degradantes condições descritas. A esse respeito Kinker (2007) descreve:

A prescrição das medicações também seguia a lógica de massa: igual para todos. O pobre e insuficiente arsenal de medicações era distribuído igualitariamente por uma enfermeira que, carregando uma bandeja repleta de comprimidos coloridos, depositava nas mãos de cada componente de uma longa fila a ração química que lhe cabia (p.15).

Todas as características citadas constituem-se como exemplos da mais completa ausência de DH. A direção do Hospital e alguns trabalhadores detinham inúmeras explicações para as irregularidades encontradas: “os colchões já não eram fornecidos aos pacientes, pois estes iriam destruí-los; os recursos financeiros não eram suficientes; as roupas seriam rasgadas, por isso melhor que ficassem com os corpos despidos; a paciente que sempre ficava isolada e contida, há muitos anos, assim permanecia, pois morderia a todos, sem qualquer restrição”. Obviamente é de se constatar que essas frases eram mais aprendidas e repetidas, quase que ensaiadas, numa tentativa infundada de justificar o injustificável. De fato os internos precisavam dar uma resposta, através dos seus comportamentos, aos inúmeros maus tratos que lhes eram impostos.

As informações relativas à história e ao círculo social dos pacientes foram perdidas ao longo do tempo nos ritos institucionais e nas frequentes migrações entre instituições. O que permanecia eram fragmentos da memória: nomes, histórias, datas e endereços nem sempre articulados e um desejo inquebrantável de voltar para casa, evidente nas falas e súplicas dos pacientes. Dessa forma todos os aspectos da vida do indivíduo eram tratados numa rotina estruturada e massificante, caracterizando aquilo que Goffman (1999) denominou de “instituição total”, onde se imprime um projeto genérico para um coletivo de pessoas.

Em resumo, é possível perceber que nesse hospital foi encontrada uma instituição doente e adoecedora de pacientes e trabalhadores. Para desmontar a ordem vigente e os mecanismos opressores se fazia necessário estabelecer um plano estratégico, que melhorasse a qualidade de vida dos pacientes e possibilitasse alternativas de tratamento, fora do hospital, inseridas na comunidade, alicerçadas na proposta da Reforma Psiquiátrica. Após um trabalho intenso realizado no hospital, com os pacientes, trabalhadores e as famílias, iniciou-se o processo de implantação da rede substitutiva de

saúde mental, a maior parte dos internos foi transferida para uma Unidade de Referência em Saúde Mental, de caráter provisório, até que fossem implantados os CAPS, outra parte menor, retornou aos seus municípios de origem, alguns para morar com a família, outros passaram a morar em Residências Terapêuticas, o ICANERF foi descredenciado do SUS.

A rede de saúde mental de Campina Grande foi implantada a partir da intervenção federal no referido hospital, configurada atualmente por quatro CAPS para atendimento de adultos portadores de transtornos mentais, um CAPS para tratamento de Álcool e outras drogas, dois CAPS para atendimento infantil e adolescente, sete residências terapêuticas, um Centro de Convivência e uma Emergência Psiquiátrica.

Neste capítulo foram abordadas as construções em torno do tratamento e da assistência ao portador de transtorno mental, considerando sua evolução, desde o surgimento do hospital psiquiátrico, aos movimentos que buscaram uma forma menos segregadora, nas inúmeras tentativas de cumprir o exercício dos direitos humanos. Considerando que neste trabalho serão estudadas as Representações Sociais desses direitos, o próximo capítulo propõe um estudo das diferentes teorias que tem se dedicado as construções sobre as Representações Sociais.

CAPÍTULO 03

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste capítulo serão discutidas as principais ideias apresentadas pelos teóricos que estudaram as Representações Sociais. A primeira a ser discutida será a Teoria das Representações Sociais de Moscovici, a segunda delas será a Teoria de Jodelet. Logo em seguida serão apresentadas a Teoria do Núcleo Central de Abric e por último a Teoria Psicossociológica de Doise.

3.1- A Teoria de Moscovici

As ideias de Moscovici sobre as Representações Sociais foram influenciadas pelas Representações Coletivas de Durkheim, que iniciou seus estudos sobre representações individuais e coletivas, alicerçados na ideia da construção de uma ciência de base sociológica. A representação é coletiva porque conduz os membros de um grupo, a pensarem e agirem uniformemente, de forma homogênea (Durkheim, 2007).

Para Moscovici (2007) deve haver uma separação entre as representações individuais e as representações coletivas, assim o autor considera que a psicologia deveria se ocupar das primeiras e a sociologia se ocupar das segundas, somente assim a sociologia poderia ter sua autonomia enquanto ciência. A Sociologia de Durkheim se estruturou a partir dos estudos dos fenômenos que mantêm as sociedades coesas, nas forças e estruturas capazes de conservar, preservar ou mesmo fragmentar ou desintegrá-las.

Neste sentido Durkheim (2007), designou a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para ele, assim como a representação individual é um fenômeno puramente psíquico, irreduzível à atividade cerebral que o permite, a representação coletiva não se reduz a soma das representações dos indivíduos que

compõem uma sociedade. Com efeito, ela é uma das razões do primado do social sobre o individual, da superação deste por aquele (Moscovici, 1978).

Para Moscovici (1978) se, num sentido amplo, as representações coletivas das sociedades tradicionais e as representações sociais modernas podem equivaler-se, por outro lado é possível identificar diferenças significativas em suas propriedades.

Sendo assim, a diferença entre Representações Sociais e Representações Coletivas está então na gênese das Representações Sociais, mas não na sua natureza. Embora os dois termos sejam muitas vezes utilizados como sinônimos, ao se referir ao “social”, Moscovici pretende estabelecer uma clara noção de interação entre as pessoas em meio a um contexto. Para Moscovici, a noção de representação coletiva está associada aos termos “psicologia coletiva” e “psicologia das massas”, não se reportando à ideia de interação presente no conceito de Representações Sociais (Moscovici, 2007).

Moscovici critica a visão de Durkheim, na medida em que a considera muito genérica. Para o autor, o conceito de representação coletiva de Durkheim é muito abrangente e, conseqüentemente, difícil de ser compreendido. Neste sentido, Moscovici (2007, p. 49) afirma que:

[...] as representações sociais são fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de se compreender e de se comunicar- um modo que cria tanto a realidade como o senso comum- e fundamenta nesta afirmação o motivo pelo qual usa o termo “social” em vez de “coletivo”.

Sobre as diferenças entre as representações coletivas e as representações sociais, para Durkheim as representações são artifícios irreduzíveis a qualquer análise, sendo, portanto, formas estáveis de compreensão, formas de regulação. Assim as representações coletivas seriam constituídas por uma diversidade de formas intelectuais, incluindo a

ciência, a religião, o mito, as modalidades de tempo e espaço, entre outras, algumas dessas formas exerciam uma espécie de coerção sobre os indivíduos para que atuassem em determinado sentido. Contrário a essa concepção, Moscovici (2003) defende que as representações não podem ser consideradas como algo dado, nem podem servir como variáveis explicativas, considerando as representações sociais como um fenômeno de caráter dinâmico, operando em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem juntamente com as representações.

Moscovici (1978) discute que a noção de representação coletiva descrita por Durkheim identifica uma categoria coletiva que deve ser explicada ao nível da Psicologia Social, o que faz com que o autor considere mais adequado, num contexto moderno, estudar representações sociais do que estudar representações coletivas, posto que as últimas eram mais apropriadas num contexto de sociedades menos complexas, que eram do interesse de Durkheim. A teoria das representações sociais resgata o conceito de representação coletivas, sendo que Moscovici vai além ao entender as representações mais enfaticamente como fenômenos sociais, ampliando o conceito dessas representações limitados a fatos observáveis e conceitos.

Farr (1995) afirma que Moscovici modernizou os “panteões de objetos sagrados” (religião, costume, mitos...) estudados por Durkheim, substituindo a magia pela ciência. Considerando a ciência uma das forças que distinguem o mundo moderno do mundo medieval, uma fonte fecunda de novas representações. Para o autor: “Moscovici estava modernizando a ciência social, ao substituir representações coletivas por representações sociais, a fim de tornar a ciência social mais adequada ao mundo moderno” (Farr, 1995, p.45).

Além da influência de Durkheim, o conceito de Representações Sociais apresentado por Moscovici sofreu influência da Antropologia e Sociologia e dos estudos de Jean

Piaget sobre os processos cognitivos. Além de tais influências, outros autores como Wundt, McDougall, Bartlett e Heider contribuíram com os pressupostos do pensamento coletivo, memória e percepção social na formação da teoria Moscovicianiana (Vala, 1993).

Ao destacar as diferenças entre as Representações Coletivas e as Representações Sociais, Moscovici (2007) ressalta que estudar as Representações Sociais, suas propriedades, sua teoria e seu impacto tem se constituído como tarefa principal da Psicologia Social. E afirma que não há disciplina mais indicada para explicar a construção das representações sociais do que uma Psicologia que reúne em seu bojo o interesse por perspectivas individuais e pessoais de pessoas e grupos.

Foi nessa perspectiva que em 1961, Moscovici (1978) realizou uma pesquisa que veio a se constituir como um marco no surgimento da teoria das Representações Sociais. Denominado *La Psychanalyse, son image, et son public*, este estudo teve como objetivo analisar como o conhecimento científico oriundo da Psicanálise foi sendo apropriado pelo senso comum, como seria construído e transformado, de acordo com o grupo social ou com contextos próprios de inserção.

Moscovici utilizou o questionário como instrumento e realizou uma análise do conteúdo da mídia impressa sobre a psicanálise com o objetivo de entender como essa teoria é transformada e utilizada pelo homem. A difusão da psicanálise através dos meios de comunicação originou o uso de termos referentes à teoria freudiana sem referência ao marco teórico propriamente dito. Conceitos como inconsciente, repressão, complexo, antes reservado ao âmbito científico, passaram a compor o vocabulário do senso comum. Para Cabecinhas (2004) essa obra lançou uma questão específica, embora mais antiga, de como o conhecimento científico é transformado pelo homem e outra questão mais geral, como o homem constrói a realidade.

A partir do estudo das representações sociais da Psicanálise, Moscovici (2007) define que as Representações Sociais são formas de conhecimento produzidas e sustentadas por grupos sociais específicos, num determinado contexto sócio-histórico, a partir de fatores como a interação e a comunicação. Para o autor, as representações sociais se constituem como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem e possibilitar às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e de sua história (p.48)

Seguindo a linha de Moscovici, Jovchelovich (1994) aponta que a Teoria das Representações Sociais trouxe debates ainda considerados atuais sobre a relação indivíduo-sociedade. Para a autora a teoria considera a vida coletiva, sem deixar de ressaltar a capacidade criativa e transformadora das pessoas, consideradas sujeitos sociais que lutam para dar sentido ao mundo e nele encontrar seu lugar, na busca pela sua identidade social.

Jovchelovich (1994) discute que as representações sociais podem ser consideradas como um fenômeno psicossocial necessariamente proliferado no espaço público e nos processos por meio dos quais o ser humano busca desenvolver sua identidade. Assim, elabora a ideia central de que as representações constroem a esfera social e se elaboram a partir do reconhecimento do outro, a partir de um local de alteridade que permita um terreno para tal construção (Jovchelovich, 1994).

As representações sociais não podem então ser apresentadas como uma soma de representações individuais, posto que há processos de mediação social, que demonstram a busca e o trabalho humano de atribuir significados coletivos ao mundo. Assim as

representações sociais são geradas, sendo sociais em sua origem, e auxiliam para dar sentido à complexidade do mundo.

Duveen (2003) revela que as representações sociais, enquanto fenômenos dinâmicos ligados a contextos sociais específicos são característicos das sociedades modernas, devido ao desenvolvimento dos métodos e das tecnologias de comunicação. Diferente do que acontecia no âmbito das sociedades tradicionais, em que as representações coletivas eram fatos sociais coercitivos e partilhados por praticamente todos os membros de uma comunidade, na era moderna houve uma descentralização dos detentores de poder, agentes sociais responsáveis pela legitimação e produção do conhecimento social. O autor considera que o conhecimento científico pode ser um exemplo que surge para contestar representações fundadas em sistemas feudais ou religiosos e salienta que aliada ao advento dos meios de comunicação de massa, essa alteração possibilitou a emergência de novos núcleos sociopsicológicos de produção do conhecimento do senso comum e uma consequente diversificação das representações, bem como a redução da sua estabilidade.

A teoria das Representações Sociais traz no âmbito da Psicologia Social Européia uma perspectiva de rompimento com a Psicologia Social Americana, ou seja, significa o surgimento de uma disciplina alternativa, capaz de estabelecer articulações entre a Psicologia e a Sociologia, entre o indivíduo e a sociedade (Valla, 1993).

Farr (1995) considera que desde o início a Teoria das Representações Sociais de Moscovici se caracteriza por fazer uma importante crítica à natureza individualizante na pesquisa em Psicologia Social na América do Norte. Na sua revisão da pesquisa sobre atitudes e opiniões Moscovici ataca a esterilidade das enquetes de opinião pública, considerando essa área de pesquisa como mera coleta de informação.

Nesse sentido Duveen e Lloyd (2003) discorrem que Moscovici fez alusão ao fato da Psicologia Social ter se desinteressado pelos processos psicológicos na vida social. O conceito de Representação Social tenta restituir à Psicologia Social a consciência do social, apontando os meios para compreender a Psicologia Social desde uma perspectiva psicológica, importante para entender a importância das relações sociais nos processos psicológicos.

A Teoria de Moscovici partia do pressuposto de que há formas diferentes de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes. Assim o autor destacou duas formas de articular e produzir conhecimento, que chama de universo consensual e universo reificado. Sobre o universo consensual, este se caracteriza como um espaço da vida cotidiana, com os conhecimentos criados pela sociedade, com sentido e finalidade. Enquanto o universo reificado se configura no espaço científico, com linguagem e hierarquia internas. Sendo assim ambas as formas de conhecimento se caracterizam como indispensáveis para a vida humana. O universo reificado marca a forma de conhecer da ciência, define regras, procura tornar o familiar em não familiar, já o universo consensual é o território das representações sociais, alicerçado no saber prático (Arruda, 2002; Moscovici, 2007).

Os dois universos estão sempre em interação, a matéria prima para a construção do universo consensual provém do universo reificado. No conflito quando há tensão entre os dois universos há uma ruptura entre conhecimento científico e conhecimento cotidiano, surge então a necessidade de revolução no saber popular, para que os dois universos possam mais uma vez interagir. As representações sociais então traduzem o pensamento do senso comum, posto que descrevem as transformações que os diversos grupos sociais fazem a partir das teorias filosóficas e científicas dominantes nas sociedades

contemporâneas, viabilizando a vivência em determinados contextos, para a partir daí, produzir estratégias de sobrevivência (Moscovici, 2007).

A afirmação de que as representações são sociais envolvem a utilização de três critérios: critério quantitativo , ao considerar que uma representação é social na medida em que é compartilhada por um conjunto de indivíduos; o critério genético, que descreve que uma representação é social no sentido em que é produzida de forma coletiva, ou seja as representações sociais são o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social e o critério funcional ,no qual as representações sociais constituem guias para a comunicação e a ação e ainda as representações sociais são teorias sociais práticas (Vala, 1993).

A partir desses critérios é possível destacar, portanto, que as Representações Sociais devem ser estudadas de modo ativo, pois seu papel consiste em modelar o que é dado do exterior, na medida em que os indivíduos e os grupos se relacionam de preferência com os objetos, os atos e as situações constituídos por interações sociais. Essa reprodução implica um remanejamento das estruturas, uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução do dado no contexto dos valores, das noções e das regras. Assim o dado externo não é algo acabado e unívoco; ele deixa muita liberdade de jogo à atividade mental que se empenha em apreendê-lo (Moscovici, 2007).

Por isso, uma representação fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime. No final das contas ela produz e determina os comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam e o significado das respostas a dar-lhes. Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (p. 26)

Ao discutir como as representações são geradas, Moscovici destaca que as representações sociais devem ser analisadas a partir de três dimensões, 1) a informação

como a organização dos conhecimentos de um grupo em relação ao objeto representado; 2) o campo de Representação, que consiste na abrangência da representação, incorporando a ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições referentes a um aspecto preciso do objeto da representação e 3) atitude, como a relação estabelecida com o objeto da representação social. É a articulação entre estes três conceitos em meio a comunicação que permite às representações explicarem como o novo é produzido nos processos de interações sociais e como, por sua vez, estes geram as representações (Moscovici, 2007).

Sendo geradas a partir desses três conceitos, as Representações Sociais, segundo Moscovici (2007) apresentam duas funções, primeiramente elas convencionalizam as pessoas ou acontecimentos, conferindo uma forma definitiva, numa determinada categoria, para que possa ser incorporada em modelos partilhados por um grupo. Para o autor, mesmo quando o objeto não se adequa ao modelo, nós o forçamos a assumir tal forma, entrar na categoria, tornar-se igual ou parecido para que possa ser compreendido. Para o autor:

Cada experiência é somada a uma realidade predeterminada por convenções, que claramente define suas fronteiras, distingue mensagens significantes de mensagens não-significantes e que liga cada parte a um todo e coloca cada pessoa em uma categoria distinta. Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhes são impostos por suas representações, linguagem ou cultura (Moscovici, 2007, p. 35)

Em segundo lugar Moscovici (2007) retrata a natureza prescritiva das Representações Sociais, na qual as representações possuem uma força alicerçada na tradição, sendo impostas sobre nós, transmitidas através de elaborações e mudanças que

ocorrem ao longo do tempo. Nossas ideias passadas não são esquecidas, continuam ativas, mudam e fazem parte das nossas experiências atuais.

Constata-se que as Representações Sociais são criadas com o objetivo de tornar familiar aquilo que é não familiar, já que algo ameaçador passa a fazer parte do repertório do sujeito. Para assimilar o não familiar, Moscovici(2003) destacou dois processos que são utilizados como geradores de Representações Sociais: a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem refere-se à inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído: o desconhecido é ancorado em representações já existentes. Para Moscovici (1978) a ancoragem é um processo que acontece na realidade social vivida, onde domestica-se a novidade sob a pressão dos valores do grupo, transformando-a em um saber capaz de influenciar os outros. Assim “[...] Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa” (Moscovici, 2007, p. 60).

O autor destaca que no processo de ancoragem acontece a redução de ideias estranhas a categorias e ideias comuns, colocando-as em um contexto familiar. O que não tem nome se mostra como estranho e ameaçador, daí a necessidade de ancorar. A partir daí este objeto estranho assume as características da categoria e passa por uma reconfiguração para ser enquadrado nela. Quando algum objeto é categorizado usam-se paradigmas pré-existentes na memória (Moscovici, 2007).

Moscovici (2007) atribui um valor importante a ancoragem e afirma que este é o primeiro passo para superar a resistência entre o sujeito e a representação de um objeto, uma nova situação ou uma nova pessoa. Este autor afirma que só se pode representar algo, no momento em que se pode falar sobre ele, classificá-lo, categorizá-lo, comunicá-lo, e para tanto, é imprescindível ancorar.

Quanto ao outro processo denominado objetivação, este se conceitua como um processo que transforma abstrações em imagens, ideias em coisas palpáveis, ou seja, é uma maneira de proximidade com o objeto em questão, materializando-o (Moscovici, 1978, 2007). A objetivação transforma algo abstrato em algo quase concreto.

A objetivação refere-se a como se organizam os elementos constitutivos da representação e ao percurso através dos quais tais elementos adquirem materialidade. Esse processo envolve três distintas fases. Na primeira fase, as informações e as crenças acerca do objeto da representação sofrem um processo de seleção e descontextualização, permitindo a formação de um todo relativamente coerente que depende das normas e dos valores grupais. A segunda etapa refere-se à seleção das informações pertinentes a determinados objetos ou situações para organizar uma imagem do objeto coerente (formação do núcleo figurativo). E a terceira etapa é a naturalização, na qual o núcleo figurativo formado se constitui como categoria natural, adquirindo materialidade. Os conceitos tornam-se parte da realidade e o abstrato torna-se concreto através de imagens (Moscovici, 2007, Spink, 1993).

Vale ressaltar que a ancoragem e a objetivação são vistas por Moscovici (2007) como uma forma de lidar com a memória. A ancoragem se caracteriza por um movimento da memória, dirigida para dentro, colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, classificados e rotulados com um nome. Já a objetivação, para Moscovici, seria mais ou menos direcionada para o exterior, integrando conceitos e imagens. Se a objetivação explica como os elementos de uma teoria se integram enquanto termos da realidade, a ancoragem permite compreender a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais.

Neste sentido, para uma representação tornar-se social, a partir da tipologia das representações, há três formas. As representações hegemônicas têm o seu ponto de

ancoragem nas crenças e valores largamente difundidos, indiscutíveis, coercivos e que se referem à natureza do homem e à natureza da ordem social, assim podem ser compartilhadas pelos membros de um grupo estruturado sem terem sido produzidas por ele. As representações emancipadas originam-se nas experiências de cooperação entre diferentes grupos sociais, resultam da comunicação de diferentes grupos, ancoradas na memória e na experiência compartilhadas, nas atividades de coordenação social entre grupos e envolvem certo nível de autonomia. E por último as representações controversas, geradas nos conflitos sociais, ancoradas em grupos antagônicos, que não são compartilhadas pela sociedade em conjunto (Moscovici, 1988).

A partir do crescimento dos estudos em Representações Sociais baseados na Teoria de Moscovici, identifica-se o desdobramento de três abordagens: a defendida por Denise Jodelet, uma segunda que tem Abric como principal representante e a última alicerçada nas ideias de Doise. Dentre tais abordagens será priorizada a perspectiva teórica de Doise, considerando que a mesma objetiva estudar, a partir de um enfoque psicossociológico, as representações sociais dos direitos humanos.

3.2 – As representações sociais na perspectiva de Denise Jodelet

Seguindo a perspectiva apresentada por Moscovici, destacam-se os estudos realizados por Jodelet (2005). Ao estudar as representações sociais da doença mental em uma coletividade rural da França a autora apresentou uma definição de Representação Social como:

Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico (p.22).

Chaves e Silva (2011) destacam que na perspectiva de Jodelet as representações sociais são sempre ativadas e em ação na vida social, que possuem uma riqueza de elementos, englobando informação, cognição, normas, crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens, formando uma totalidade significativa.

Para Jodelet (1990), as representações sociais se definem como modalidades de pensamento prático orientadas para a compreensão e o domínio do ambiente social, assim apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica. “A marca social dos conteúdos ou dos processos se refere às condições e aos contextos nos quais emergem as representações, às comunicações pelas quais elas circulam e às funções que elas servem na interação do sujeito com o mundo e com os outros” (p. 362).

As representações dentro do grupo social então regulam a relação dos membros com os outros e orientam o comportamento, formam sistemas e originam ‘teorias espontâneas’, alicerçadas em versões da realidade constituídas por imagens cheias de significação (Jodelet, 1990).

Assim como Moscovici, Jodelet (1990) ressalta que a ancoragem, se configura na ligação social da representação à integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento preexistente e às transformações que ocorrem em ambos. Sendo assim a ancoragem pode ser considerada uma atribuição de sentido. A hierarquia de valores presente na sociedade e em seus diferentes grupos apresentam contribuições para criar uma rede de significações em torno do objeto, na qual ele é inserido e caracterizado como fato social.

Para a autora a ancoragem influencia a formação das representações, da seguinte forma: por um lado a ancoragem enraíza a representação e o objeto em uma rede de

significações que permite situa-las frente aos valores sociais, dando-lhes coerência. A ancoragem, então tem um papel decisivo na inserção do objeto naquilo que já foi pensado. “Por um trabalho da memória, o pensamento constituinte apoia-se no pensamento constituído para incluir a novidade nos quadros antigos, no já conhecido” (Jodelet, 2001, p.18).

Já a objetivação é definida pela autora como a materialização de significações pelo indivíduo, reabsorvendo o excesso de significações, procedimento necessário ao fluxo das comunicações.

Nesse processo de objetivação a autora identifica três fases distintas: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização. A primeira delas se caracteriza como um processo pelo qual o indivíduo se apropria das informações e dos saberes sobre um dado objeto. Alguns elementos são retidos, outros são ignorados ou rapidamente esquecidos. As informações sobre o objeto sofrem uma seleção, considerando o acesso diferenciado às informações em decorrência da inserção grupal do sujeito e, principalmente, da premissa que se retém o que está de acordo com o sistema de valores circulante. Na fase denominada esquematização, uma estrutura imaginante reproduz uma estrutura conceitual com o objetivo de propor uma imagem coerente dos elementos que constituem o objeto da representação, o que permite ao indivíduo sujeito apreendê-los individualmente e em suas relações, o que representa o núcleo figurativo. Na terceira fase, a naturalização, consiste no processo realizado após a formação do núcleo figurativo, quando o indivíduo tornar concreto, ou seja, materializa o conhecimento científico em conhecimento do senso comum (Jodelet, 1989).

Jodelet esclarece que, embora a objetivação tenha sido descrita por Moscovici com referência à representação de uma teoria científica, o processo de construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização parece generalizar-se à formação de qualquer

representação. De acordo com a autora é possível afirmar que na objetivação há a construção formal de um conhecimento, entretanto este processo não garante isoladamente a formação de representações sociais, necessita de um processo anterior, a ancoragem, que na relação com a objetivação que será gerada a representação, a partir da articulação das três funções: função cognitiva de integração da novidade; função de interpretação da realidade e função de orientação da conduta e das relações sociais.

A autora realizou a pesquisa com habitantes de uma comunidade onde doentes mentais viviam como pensionistas e após analisar o conteúdo apresentado implicitamente foram identificadas práticas de discriminação dos moradores dirigidas aos doentes, que eram considerados estranhos, imprevisíveis e diferentes. A representação social que tratava o louco como uma ameaça trazia o distanciamento entre os habitantes da vila e os pacientes.

Nesse estudo, Jodelet (2005) ilustra o conceito de Ancoragem proposto por Moscovici. Ela constatou que ao abrir as portas do hospital e colocar os portadores de transtorno mental nas ruas, estes foram comparados a idiotas, vagabundos, epiléticos, ou aos que na comunidade estudadas eram chamados de maloqueiros, o que significa que os entrevistados colocaram os portadores de transtorno mental em categorias anteriormente conhecidas. A autora afirma:

Um traço, de constância impressionante, marcaria todos os discursos a respeito dos pensionistas: a dificuldade de falar deles como de doentes mentais; ou mais exatamente de aproximar-se, através deles, da doença mental. (...) O embaraço, a reticência que manifestaram os nossos interlocutores ao enfrentar diretamente, na comunicação, algo que se referisse ao fato psiquiátrico transparecia até na enunciação, nas hesitações, nas recusas, nos mutismos, na fuga ou na divagação diante das perguntas....

Os entrevistados atribuíram as classificações da doença ao plano físico, especificamente ao cérebro e aos nervos. São características apresentadas pelos moradores: os portadores de transtornos mentais têm *cérebro vazio, parado, encolhido*, têm os *nervos tomados, caíram nos nervos*, nestes casos, por exemplo, porque nasceram de um *sangue mau* têm *sangue desandado* (Jodelet, 2005). Aspectos relacionados a essa questão também serão estudados no presente trabalho.

Ao estudar as Representações Sociais da Aids, Jodelet (2001) pôde constatar que as pessoas elaboraram teorias e explicações sobre a doença, tida como o mal estranho e desconhecido, já que não era esclarecida de forma satisfatória. A desinformação e a incerteza da ciência propiciaram o surgimento das representações da doença que circulavam entre as pessoas. Tais representações são entendidas como sistemas de interpretação que possibilitam a orientação e organização de condutas e comunicações sociais.

É possível vislumbrar que as representações exercem influência sobre uma série de processos tais como a difusão e assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, identidade social e individual, as expressões e transformação de grupos sociais (Jodelet, 1990).

Diferente da teoria apresentada por Jodelet, a teoria do Núcleo Central apresentada por Abric, vem a estudar de forma mais enfática a organização interna das representações sociais, conforme será exposto a seguir.

3.3- A teoria Estruturalista das Representações Sociais

Jean Claude Abric inaugura em 1976, na *Université de Provence* uma outra tendência no estudo das representações sociais, denominada abordagem estruturalista ou

Teoria do Núcleo Central. As influências partiram das proposições anteriores de F. Heider e de S. Asch da Psicologia Social norte americana e da teoria de Moscovici. Segundo Sá (1996, p.51) “parece adequado considerar a teoria das representações sociais proposta por Moscovici como a grande teoria psicossociológica, em relação a qual a teoria do núcleo central constituiria uma abordagem complementar”.

Abric (1994) sistematiza quatro funções essenciais das representações:

1 - Função de Saber - As representações sociais permitem compreender e explicar a realidade. Assim sendo, os indivíduos adquirem conhecimentos e os integram num quadro compreensível por eles, de modo coerente com seus valores e seu funcionamento cognitivo. As representações também facilitam e constituem condição necessária para a comunicação social, definindo o quadro de referência comum que permite a troca social, a transmissão e a difusão desse saber ingênuo.

2 - Função Identitária - As representações também têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social. A partir delas, eles são capazes de elaborar uma identidade social compatível com os sistemas de normas e valores socialmente e historicamente determinados. Essa conceituação das representações como definidoras da identidade desempenha um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros no processo de socialização.

3 - Função de Orientação – As representações guiam os comportamentos e as práticas sociais através da definição da finalidade da situação, determinando a priori os tipos de relações pertinentes para um sujeito e também, eventualmente, nas situações onde existe uma tarefa a ser cumprida, o tipo de estratégia cognitiva que vai ser adotada, de um sistema de antecipação e de espera, a partir da consideração que uma representação não segue o desenrolar de uma interação e não depende dele. Ela precede a interação e a

determina e através de uma prescrição de comportamento, onde a representação social reflete a natureza das regras e das ligações sociais, portanto atua como prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias.

4 - Função de Justificação - As representações sociais permitem justificar a posteriori as tomadas de posição e os comportamentos. É um funcionamento que sucede a ação, permitindo aos atores sociais explicar e justificar suas condutas numa situação ou em relação a outros membros do grupo.

É possível constatar que a abordagem estruturalista define as representações sociais como uma organização ou estrutura que é atravessada por diferentes dimensões. Assim busca compreender a estruturação das representações sociais, identificando quais são as palavras e/ou expressões que têm maior grau de importância no significado de uma determinada representação social, estruturando a apresentação das mesmas num núcleo central e num sistema periférico específico (Abric, 1998).

Para o autor as representações se organizam em torno desse núcleo central e de elementos periféricos, que acabam por permitir flexibilidade a representação. O núcleo central engloba as cognições que delineiam a identidade da representação, a existência de sistemas centrais diferentes indica a existência de representações diferentes, enquanto que representações com sistemas centrais iguais podem ser consideradas idênticas (Abric, 1998). Os elementos mais estáveis das representações situam-se no núcleo central, sendo assim tais elementos são mais resistentes a mudança. Uma mudança no sistema central acarreta uma mudança de representação: são elementos não negociáveis (Abric, 2003).

Os elementos periféricos se referem às adaptações individuais das representações, em função da história de vida de cada membro do grupo. Assim para Abric (2003) os elementos periféricos constituem-se em sistemas que atuam no sentido de permitir certa flexibilidade às representações, de modo que, diante de informações novas, os elementos

periféricos são acionados para realizar essas mudanças. Sendo assim podem ser caracterizados como elementos mais instáveis, que se modificam devido a alterações no contexto dos grupos sociais e sua relação com algum objeto social, atuando como proteção para o sistema central (Flament, 2001). Estes elementos associados ao núcleo central permitem a ancoragem da realidade.

Abric (2000), ao discutir as características dos núcleos central e periférico de uma representação, permite o estudo da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os autores sociais evoluem. As representações estão diretamente ligadas aos sujeitos e as suas ações no mundo social, “são indispensáveis para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais (p. 27).

Após tais descrições é válido destacar então que para Abric (1998) a representação social não pode ser reduzida como mero reflexo da sociedade, mas como uma organização significativa. Para a autora, há uma reestruturação da realidade para integrar características do objeto representado, as experiências anteriores do indivíduo e seus valores e normas (Chaves e Silva, 2011).

3.4 - A teoria Psicossociológica de Doise

Antes de adentrar na perspectiva de Doise relacionada ao estudo das representações sociais serão explicitados alguns aspectos que permitem uma melhor compreensão do modelo defendido pelo autor, a abordagem da Psicologia Societal.

No texto: *Da Psicologia Social à Psicologia Societal*, escrito em 2002, Doise realiza algumas críticas à Psicologia Social. Para o autor os debates que têm ocorrido nos congressos internacionais de Psicologia Social se limitam frequentemente a solicitações

de esclarecimentos, sugestões polidas de interpretações alternativas e observações referentes às populações estudadas, como se as possíveis divergências fossem apenas “uma questão de detalhes” (p. 27).

Ao analisar um volumoso Manual de Psicologia, Doise considera errôneo não haver nenhum tipo de menção às Representações Sociais, e ainda foi crítico ao comentar estudos sobre as publicações da América Latina em Psicologia Social, onde foi constatado uma recusa sistemática do método experimental, tão valorizado na América do Norte.

Diante dessas críticas Doise (2002a) afirma: “...minha opinião é que o principal fator que diferencia os psicólogos sociais, para além dos paradigmas científicos, é sua posição em relação à possibilidade, ou mesmo à legitimidade e necessidade, de uma psicologia societal” (p.27).

Diante dessa perspectiva, para Doise, a análise dos dados nos estudos em Psicologia Social pode ser realizada a partir de quatro níveis distintos: intra-individual, inter-individual, intergrupar e o nível ideológico ou societal. No nível intra-individual predominam os modelos dedicados ao estudo de como as pessoas organizam suas experiências com o meio ambiente. No nível inter-individual prevalecem os modelos que caracterizam a forma como as pessoas interagem numa dada situação. Já no nível intergrupar são consideradas as distintas posições ocupadas pelos atores sociais em meio às relações sociais, assim é destacada a dinâmica das relações que os grupos sociais possuem com outros grupos. No último nível, o societal, prevalece o sistema de crenças, representações, avaliações e normas sociais (Doise, 2002a).

Doise (2002a, 2002b) faz uma análise da teoria de Moscovici evidenciando-a como uma grande teoria, posto que propõe conceitos de base e reorganiza teoricamente tradicionais campos de estudo na Psicologia Social. Para Doise a utilização da teoria das representações sociais é bastante útil à medida que se lida com um marco conceitual que

envolve tanto o nível intrapessoal de análise quanto o interpessoal e o intergrupar; dessa forma, é possível a partir das representações pessoais de objetos sociais realizar um exame das cognições no nível grupal, que permitem ao pesquisador a apreensão dos aspectos compartilhados de uma representação.

Doise (2002a) considera ainda que os estudos sobre representações sociais iniciados por Moscovici constituem, atualmente, o maior subsidio para a construção de uma psicologia societal, uma vez que propõem uma relação entre os sistemas cognitivos complexos do indivíduo e o simbolismo das interações sociais. Assim procura a partir de uma abordagem psicossociológica das representações sociais, investigar as representações no modelo da psicologia societal. “Ao abordar a intervenção dos sistemas de crenças compartilhadas sobre a organização e funcionamento cognitivos, Doise tornou-se o advogado de uma abordagem societal da Psicologia Social” (Staerklé & Spini, 2004, p. 16).

Ao discutir as origens dos estudos de Doise é válido destacar que estes se iniciaram na Psicologia do Desenvolvimento. Inspirado pela teoria de Piaget e por algumas ideias de Vygotsky, Doise propôs pesquisas que tinham por objetivo inicial, demonstrar como as interações sociais influenciam o desenvolvimento de certas operações cognitivas. Foram realizados estudos sobre o desenvolvimento social da inteligência na criança, procurando avaliar de que forma os elementos do ambiente social, como as normas, as representações e as regras, organizam as relações sociais da criança e agem como reguladoras de suas atividades. Experimentalmente tinha-se o objetivo de mostrar que há uma apropriação individual dos instrumentos cognitivos construídos socialmente e que as crianças mostram melhor desempenho nas tarefas cognitivas quando as realizam em situações grupais ou com adulto (Almeida, 2009).

A partir desse estudo foi proposto que os conflitos sócio-cognitivos propiciados pela interação social é o que os tornam fonte de processo cognitivo, na medida em que permite que diferentes enfoques cognitivos ocorram para solucionar o conflito. A constatação desse processo possibilitou a elaboração do conceito de marcação social, que significa que uma tarefa cognitiva é marcada socialmente quando as respostas cognitivas implicadas em sua resolução estão impregnadas dos significados sociais que esta tarefa pode ter (Almeida, 2009).

Na concepção atual de marcação social, devem ser considerados que: ela define qualquer situação onde se dá uma correspondência entre as respostas que derivam das regulações sociais e as respostas que resultam da organização dos esquemas cognitivos; para dar lugar a um desenvolvimento cognitivo, essa correspondência deve levar o sujeito a comparar efetivamente respostas de diferentes naturezas; o mecanismo pelo qual a marcação social garante a elaboração de novas respostas cognitivas é o conflito sócio-cognitivo, ou seja, é a confrontação de respostas contraditórias que pode dar lugar a novas respostas.

Ao escrever sobre as Representações Sociais na perspectiva de Doise, Almeida (2009) afirma que se constitui como início do estudo das representações sociais de Doise, os estudos realizados após a implantação do Laboratório de Psicologia Social Experimental de Genebra. Em 1972, Doise tornou-se professor de Psicologia Social experimental na Universidade de Genebra, formando um grupo de pesquisa em Psicologia Social Experimental com Gabriel Mugny, Claude Deschamps, Anne Sinclair, Alain Clemence, Dario Spini e outros.

O grupo de pesquisa de Doise analisa as representações sociais a partir de uma perspectiva sociológica, ressaltando a importância da inserção social dos indivíduos como fonte de variação dessas representações. “É evidente o objetivo dessa abordagem em

conectar o individual ao coletivo, de buscar a articulação de explicações de *ordem individual* com explicações de *ordem societal*, evidenciando que os processos de que os indivíduos dispõem para funcionar em sociedade são orientados por dinâmicas sociais (interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais (Almeida, 2009).

Um dos objetivos do trabalho realizado em Genebra sobre a Influência Social, intergrupo e desenvolvimento social da inteligência foi sempre o de articular explicações de ordem individual, com explicações de ordem societal, de mostrar como o indivíduo dispõe de processos que lhe permitem funcionar na sociedade e, de maneira complementar, como dinâmicas sociais, particularmente interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais, orientam o funcionamento desses processos (Doise, 2002a, p. 28).

Ao conceituar as Representações Sociais, Doise (1990, p.125), fundamentado na perspectiva de Bourdieu, define a representação social como “[...] princípios organizadores das tomadas de posição ligadas às inserções específicas em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações [...]”. Dessa forma, Doise defende que o estudo das representações sociais deve abordar o estudo comparativo dos grupos sociais, para que não se perca a dimensão societal. O objeto representacional está inserido em determinado ambiente ativo, que é transformado pelo indivíduo ou grupo, tendo como ponto de partida a realidade social (Farr, 1995).

É possível vislumbrar que ao estudar as representações sociais, Doise (2001) fortalece a influência do que ele chama de “metassistema social” sobre o sistema cognitivo. Ao se referir ao metassistema social, Doise, faz referência à Moscovici, afirmando que o metassistema é composto por múltiplos esquemas organizadores das representações sociais (roteiros, regras, normas apropriadas a cada situação vivenciadas pelos sujeitos) que dirigem controlam e verificam as operações cognitivas. O autor afirma

que esses esquemas organizadores preexistem aos funcionamentos cognitivos individuais e operam como uma marcação social sobre o processo de representação, a partir das interações sociais.

Dessa forma considera-se que seu estudo das representações sociais recorre a três hipóteses: a primeira- organização do campo representacional- considera que diferentes membros de uma determinada cultura partilham certas crenças comuns em relação a um determinado objeto social. As Representações Sociais são criadas nas relações de comunicação que supõem as referências ou pontos comuns aos indivíduos ou grupos.

De acordo com essa primeira hipótese para estudar os direitos humanos como representações sociais há a necessidade de inicialmente identificar essas orientações, definir os elementos dessa base comum e descrever a forma como a mesma está organizada. Doise (2002b) afirma que se as representações sociais, podem, em consequência ser consideradas como uma espécie de mapa mental comum de que se servem os membros de um grupo, isso pode ser devido ao fato de que os indivíduos se referem a sistemas de significações institucionalizadas. Nas suas pesquisas uma questão que teve o objetivo de discutir essa hipótese consistia em saber em que medida as definições institucionais dos direitos do homem poderiam servir de referência comum aos membros de diferentes grupos.

A segunda hipótese- princípios organizadores das diferenças individuais-diz respeito à natureza das tomadas de posições individuais. Para o autor as relações entre as diferenças individuais e as representações sociais devem ser consideradas. O seu estudo considera a análise das dimensões nas quais os indivíduos adotam posições diferentes face aos direitos humanos.

A última hipótese destaca que a ancoragem dos princípios organizadores das representações, pode ser analisada de três diferentes formas: a partir da investigação da

ancoragem das representações nas atitudes individuais (nível psicológico), do estudo da pertença dos indivíduos nos grupos sociais sobre as representações (nível sociológico) e da análise do posicionamento ideológico dos grupos sociais (nível psicossociológico) (Doise, 2002b; Palmanori, 2009).

A partir dessas hipóteses Doise utilizou, como método de estudo, a chamada “abordagem quantitativa das representações sociais” (Doise, 2002a; Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1993). Nesta abordagem, um primeiro aspecto que destacou foi a noção de consenso, a ideia de saber partilhado, que pode ser qualificada pelo menos de duas maneiras: primeiro, o consenso como um acordo entre os indivíduos, manifestado pela similitude (proximidade ou não) ou como partilha de pontos de referência, de tomadas de posição que exprimem, tanto estatística quanto conceitualmente, a diferença.

Wachelke e Camargo (2007) consideram as ideias de Doise como uma perspectiva não consensual das representações sociais, onde os princípios geradores de variações entre tomadas de posição estão ligados a inserções específicas dentro de um conjunto de relações sociais e organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações. Sendo assim o estudo não enfoca diretamente estruturas representacionais objetivadas de um grupo, mas dá ênfase aos pontos de referência que orientam o debate social, permitindo o posicionamento de grupos e indivíduos em diversos pontos desse espaço de conhecimento.

A respeito desse ponto, Doise (1992) expõe que as noções de representações sociais em termos consensuais são, de fato, insuficientes para abordar o metassistema social. Para o autor as representações são os princípios, que resultam de diferentes posições, organizadas pelos diferentes posicionamentos individuais relacionados a pontos de referência comuns, daí a caracterização das representações a partir da noção de variabilidade.

Diante dos conceitos e autores discutidos Wachelke e Camargo (2007) destacam que para abarcar a diversidade conceitual que permeia a teoria das representações sociais pode-se dizer que o processo de representar resulta em teorias do senso comum, elaboradas e partilhadas socialmente, ligadas a inserções específicas dentro de um conjunto de relações sociais, que têm por funções explicar aspectos relevantes da realidade, definir a identidade grupal, orientar práticas sociais e justificar ações e tomadas de posição depois que elas são realizadas.

CAPÍTULO 4

ESTUDOS EMPÍRICOS

4. ESTUDOS EMPÍRICOS

No que concerne às pesquisas empíricas, Doise e colaboradores realizaram diversos estudos investigando as representações sociais dos direitos humanos, caracterizados por articular a teoria das Representações Sociais com o estudo do desenvolvimento cognitivo de Piaget, definindo a partir de tais estudos os direitos humanos como representações sociais normativas construídas ao longo da história das gerações e que traz em sua formação características inerentes a uma dada cultura (Doise, 1998, 2002 a, 2002 b).

Uma das pesquisas foi realizada, por Doise, Saerklé, Clemence e Savory(1998) com 849 estudantes genebrenses na faixa etária de 12 a 21 anos, além de identificar as principais ideias elaboradas pelos estudantes acerca dos direitos humanos, tinha o objetivo de analisar as dinâmicas que se referiam as diferentes tomadas de posição. Esse estudo partia do questionamento se existiam regularidades no modo como as representações sociais dos direitos humanos surgiam entre os jovens, a partir da progressão da idade e do currículo escolar.

O instrumento utilizado nessa pesquisa continha duas partes. Na primeira delas constava duas questões abertas, a segunda era composta por uma lista de 30 direitos, onde os participantes marcavam o quanto tais exemplos se caracterizavam como bons ou maus exemplos de direitos, numa escala de 4 pontos, na segunda parte constava uma lista com 15 instituições, a respeito das quais os alunos eram solicitados a assinalar o quanto cada uma era útil para si e para o viver em comunidade e uma lista que continha 7 termos políticos, em relação as quais os alunos responderam o quanto gostavam de cada uma.

A análise dos dados das questões abertas demonstrou que havia uma relação importante entre o avançar da socialização e o aumento do número de direitos citados. Em relação às questões fechadas foi realizada uma análise fatorial para analisar as

respostas à lista dos 30 direitos, o que permitiu vislumbrar a formação de quatro fatores: direitos concretos, fundamentais, direitos à recusa e direitos públicos.

Outro estudo foi realizado por Doise e Herrera (1994) com 96 profissionais de diferentes categorias: jornalistas, funcionários de uma rede de televisão, estudantes de uma escola superior e estudantes universitários. Tal pesquisa objetivou verificar a ligação entre o senso comum a respeito dos direitos humanos e o conteúdo da Declaração Universal dos Direitos Humanos. A partir dos resultados foi possível verificar que 40% dos participantes enunciaram direitos que podiam ser relacionados com algum artigo da Declaração.

Maiores frequências foram observadas em relação aos artigos que abordaram as liberdades políticas e públicas, tais como liberdade de religião, de pensamento e direito à livre associação, aos princípios fundamentais: igualdade em dignidade e não discriminação, os direitos da pessoa, como exemplo direito à vida e interdição da escravidão e da tortura, aos direitos econômicos, sociais e culturais: segurança social, trabalho, educação e as relações entre pessoas e grupos: direito à vida privada, livre circulação, nacionalidade, casamento, dentre outros. Não houve diferenças significativas entre as quatro categorias que faziam parte da amostra, sendo que jornalistas e universitários apresentaram maiores evocações do artigo relacionado à tortura e os universitários demonstraram maior sensibilidade ao direito à vida do que as demais categorias.

Spini e Doise (1998) apresentaram um estudo sobre os princípios que organizam as representações sociais de estudantes universitários da Suíça, sobre o envolvimento nos Direitos Humanos. Esses autores verificaram que os estudantes tinham uma representação organizada em duas dimensões: pessoal *versus* governamental; abstrato *versus* concreto. A primeira dimensão descrevia o sujeito responsável pelo cumprimento dos direitos:

Estado *versus* cidadão. A segunda dimensão organiza os posicionamentos concernentes ao nível do compromisso: concreto (aquilo que atualmente se está fazendo) e abstrato (o que deveria ser feito). Segundo Spini e Doise (1998), essa dimensão refere-se a separação entre o que os indivíduos deveriam fazer daquilo que eles concretamente fazem pelos direitos humanos.

A articulação entre as duas dimensões configurou quatro formas de representação do envolvimento nos direitos humanos: governamental-abstrato, que se refere aquilo que o governo deveria fazer; governamental-concreto, que se relaciona à percepção das ações concernentes aos direitos que o governo vem de fato realizando; pessoal-abstrato, que se relaciona ao que o indivíduo deveria fazer e pessoal-concreto, que se refere ao que o indivíduo está realizando concretamente.

Spini e Doise (1998) mostraram, a partir desse estudo, que os universitários suíços consideravam que o governo do seu país deveria se envolver mais do que eles próprios na aplicação dos DHs; contudo no nível concreto, os universitários acreditavam que estão envolvidos na mesma proporção que o governo com a promoção desses direitos.

Para Pereira, Ribeiro e Cardoso (2004) a interação entre as dimensões, além de confirmar os quatro princípios organizadores, estão em conformidade com os pressupostos da Teoria das Representações Sociais que relaciona conhecimento institucionalizado e saber de senso comum. Sendo assim é possível afirmar que “os grupos sociais transformam teorias institucionalizadas, a exemplo dos direitos humanos, em conhecimentos úteis para o desenrolar da vida cotidiana e para a funcionalidade da comunicação social”(p.62).

Outro estudo foi realizado por Staerklé, Clémence e Doise (1998) com 76 estudantes suíços, com o objetivo de analisar se a atribuição de responsabilidade pelo cumprimento dos direitos humanos relacionava-se com o tipo de governo (autocrático e

democrático) e o tipo de população (conflituosa e debatedora). A partir da combinação dessas variáveis foram construídas quatro situações distintas, avaliadas pelos participantes. Na organização do instrumento havia um questionário, com um texto pequeno descrevendo um tipo de governo e tipo de população, os participantes foram solicitados a descrever como pensavam o respeito e a violação dos direitos humanos e como poderiam supor que eram as atitudes dos habitantes no que se refere à violação dos direitos. A análise dos dados possibilitou a avaliação de que a situação país democrático e população debatedora apresentou nível superior de atribuição de respeito e exercício dos direitos humanos, comparado a situação país autoritário com população conflituosa.

Mais uma pesquisa de relevância foi realizada em 35 países com uma amostra de 6.791 estudantes (Doise, Spini & Clemence, 1999). As respostas se organizaram de maneira muito semelhante nos diferentes países, diferenciando os direitos segundo categorias utilizadas na DUDH (direitos individuais, direitos sociais, direitos socioeconômicos, direitos a uma ordem societal) e demonstraram a existência de quatro funções, a primeira função opunha uma adesão passiva aos direitos a uma adesão ativa; a segunda opunha uma posição personalista aos direitos a uma posição governamentalista; já a terceira referia-se à eficácia da participação política e a quarta delas fazia menção a uma ação governamentalista. Os escores da amostra brasileira foram elevados em relação a posição personalista e inferiores na posição que indica a ação governamental (Camino, Camino, Pereira e Paz, 2004).

Os trabalhos de Doise e seus colaboradores sobre as Representações Sociais dos direitos humanos são destaque, posto que ampliaram a discussão sobre os direitos para outras áreas além dos campos jurídico e político. Considerar direitos humanos como representações sociais implica compreender que são conhecimentos comuns a grupos de pessoas, com relações diretas com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Dessa forma torna-se necessário identificar os princípios organizadores das representações, identificar a ancoragem desses princípios em variáveis tais como as origens sociais dos grupos que a possuem, suas características culturais e/ou históricas, suas posições sobre outras ideias que se relacionam aos direitos humanos. Para Doise (2001) o que pessoas de diferentes profissões, status sociais, comunidades e países consideram como direitos humanos podem variar de acordo com suas pertencas sociais e com a forma pela qual esses direitos têm sido divulgados e vivenciados nos variados espaços sociais.

No Brasil, diversos estudos vêm sendo realizados sobre as representações sociais acerca dos direitos humanos procurando verificar ainda outras questões, tais como a identificação da fonte de conhecimento sobre os DHs, o grau de importância atribuído aos direitos, as representações sociais sobre envolvimento com os DHs e as relações dessas representações com o posicionamento político, idade, contexto sócio-educativo, dentre outros (Camino, C., Camino, L., Pereira & ,2004; Fernandes & Camino,2006, Pereira & Camino, 2003).

Camino (2005) realizou um estudo com 160 pessoas (sendo 80 crianças e 80 adolescentes) de escolas públicas e privadas, com os objetivos de verificar o desenvolvimento da concepção dos Direitos Humanos da Criança; quais os direitos citados espontaneamente pelas crianças e adolescentes e quais os princípios organizadores das opiniões das crianças e dos adolescentes sobre os Direitos Humanos. Dentre os resultados, foram citados: os direitos relativos à Educação (27,32%), Lazer (15,61%), Alimentação (14,15%) e Moradia (10,49%). Os direitos menos citados foram Convivência social (0,97%) e Cidadania (0,73%).

Nessa pesquisa foi apresentada aos estudantes uma lista de 18 direitos retirados da Declaração dos Direitos da Criança, objetivando uma avaliação da importância desses

direitos. Com o escore gerado a partir das respostas numa escala do tipo *likert* foi realizada uma análise fatorial dos componentes principais. Os resultados evidenciaram a três fatores que explicavam 40,60% da variância total.

Galvão, Costa e Camino (2005) realizaram uma pesquisa com 80 rapazes de 15 a 18 anos, de duas instituições de ressocialização. Os autores tinham como objetivo verificar o conhecimento dos adolescentes referente aos DH e verificar a influência de características psicossociais das duas instituições sobre esse conhecimento. Os resultados permitiram destacar que o conhecimento latente acerca dos direitos humanos foi estruturado em direitos da declaração, direitos formulados genericamente, referências aos militantes de defesa dos direitos humanos e deveres morais. Já o conhecimento formal foi apresentado nos direitos da declaração, desrespeito aos direitos dos adolescentes privados de liberdade e deveres morais. Foram perceptíveis diferenças nas instituições no que se refere às experiências de conflito/violência e às medidas pedagógicas tomadas para solucionar-las e como essas características influenciaram no conhecimento dos direitos humanos.

Fernandes e Camino (2006) realizaram uma pesquisa sobre as representações sociais dos direitos humanos, discutindo o papel dos meios de comunicação de massa e da TV nesse processo. Foram entrevistados estudantes do ensino médio de uma escola pública de João Pessoa. Após análise os dados revelaram que os meios de comunicação, principalmente a televisão, eram consideradas pelos estudantes como a maior fonte de informação sobre os direitos humanos, seguida da família e da escola. A pesquisa também mostrou que 60% dos estudantes disseram já ter conversado com alguém sobre direitos humanos, sendo os principais espaços promotores desses debates a escola e a família. Quatro em cada dez alunos disseram nunca ter conversado sobre direitos humanos com alguém. Embora a maior parte tivesse ouvido falar sobre direitos humanos, apenas 16,6%

definiram adequadamente o que são DH e mais de 50% apresentaram respostas pouco elaboradas em relação ao conceito de direitos humanos.

Tal estudo indicou ainda que 66,3% dos direitos humanos indicados como conhecidos pelos entrevistados foram direitos categorizados como “específicos” (direitos como moradia, liberdade, vida...); 15,1% dos direitos citados foram categorizados como direitos de grupo (se referiam a um conjunto de pessoas: negros, mulheres, portadores de deficiência...) e 18,6 % disseram não saber ou não responderam a questão. Após agrupar os direitos específicos em sociais e individuais, tiveram destaque os direitos sociais, como educação, saúde, moradia e trabalho. Já entre os direitos individuais destacaram-se o direito de ser respeitado, o direito à cidadania e ao voto, à segurança e à igualdade. No que concerne aos direitos de grupo, foram mais citados os direitos das crianças e dos adolescentes, do trabalhador e do consumidor.

Pereira e Camino (2003) realizaram outro estudo com o objetivo de analisar as representações que estudantes universitários de Joao Pessoa-PB têm do seu próprio envolvimento , assim como o do governo brasileiro, na aplicação desses direitos, e a relação dessas representações com o posicionamento político desses estudantes.

Nesse estudo a representação do envolvimento nos direitos humanos foi verificada a partir da escala desenvolvida por Spini e Doise (1998) com o objetivo de avaliar o envolvimento pessoal-concreto, pessoal-abstrato, governamental concreto e governamental abstrato. A participação política dos participantes foi avaliada através do Questionário de Ativismo Político e para finalizar era perguntado qual o partido político que o estudante simpatizava.

Os resultados indicaram a existência de duas dimensões que organizam as possibilidades de envolvimento: uma constituída pela responsabilidade (o indivíduo ou o governo) e outra forma pelos diferentes níveis de envolvimento (o que deveria ser versus

o que realmente é feito). Configurando os quatro princípios organizadores também encontrados nas pesquisas de Spini e Doise (1998) e no Brasil por Camino e colaboradores.

Os estudantes atribuíram ao governo brasileiro, no nível abstrato, um maior grau de responsabilidade na aplicação dos direitos humanos, embora no nível concreto considerem-se mais envolvidos que o governo. Nesse sentido, tal pesquisa apresentou dados diferentes aos encontrados em estudantes suíços, posto que estes consideraram que, de um modo geral, o governo de seu país é quem mais se envolve com os direitos humanos. Já nos estudos realizados com estudantes paraibanos, os universitários destacaram que seu comprometimento pessoal é superior ao do governo brasileiro, que pouco faz pela aplicação dos direitos.

As diferenças nas representações do envolvimento nos Direitos Humanos de universitários brasileiros e suíços podem ser explicadas a partir de algumas considerações, tais como a questão dos universitários brasileiros possuírem historicamente uma visão negativa do governo na área dos direitos humanos.

Os resultados mostraram ainda que o ativismo político se relaciona com o envolvimento pessoal (concreto e abstrato) dos estudantes com os Direitos Humanos, quanto maior a participação em atividades de caráter oposicionista, maior o compromisso efetivo e mais elevado é o sentimento de responsabilidade que os estudantes têm com a aplicação desses direitos.

A relação entre simpatia partidária e direitos humanos demonstrou que a simpatia pelo PT estava associada a uma visão negativa da atuação do governo brasileiro na área dos direitos humanos. As simpatias pelo PMDB e pelo PFL apresentaram relações com uma visão positiva da atuação do governo.

Camino, Camino, Pereira e Paz (2004) realizaram estudo semelhante, com universitários, acerca do seu envolvimento e do envolvimento do governo com os Direitos Humanos. A partir desse estudo os autores identificaram que o compromisso dos estudantes é maior com direitos individuais do que com direitos sociais. A representação do envolvimento com os Direitos Humanos mostrou-se ancorada principalmente na identificação partidária e na participação dos entrevistados em atividades sócio-políticas e reivindicatórias.

Tal pesquisa evidenciou que a simpatia por partidos políticos de esquerda contribui favoravelmente para um envolvimento dos entrevistados, no nível abstrato, com os direitos humanos, sendo que essa participação não garantiu um bom resultado no que concerne a um envolvimento no nível concreto. Outra variável que manteve relação com o envolvimento dos estudantes com os Direitos Humanos foi o número de anos passados na universidade. Assim foi constatado que quanto maior o tempo que o estudante passa na universidade, menos ele se avalia comprometido com o DH.

Dessa forma esses resultados corroboram as considerações de Spini e Doise (1998) de que a participação ativa das pessoas em atividades sócio-políticas e reivindicatórias estão relacionadas com o envolvimento pessoal e com o desenvolvimento de uma visão mais crítica em relação à participação dos governos.

Outros estudos ainda abordaram a representação social dos direitos humanos, Paz (2008) investigou as concepções sobre os direitos humanos em professores dos níveis fundamental e médio de João Pessoa, onde os participantes evidenciaram a visão dos direitos principalmente como cidadania, os direitos individuais eram os que deviam ser desenvolvidos na escola, o governo deveria se responsabilizar pelo cumprimento dos direitos, mas quem se responsabilizava concretamente era a família.

Na mesma temática foi realizado um estudo com 120 mães, cujos filhos eram alunos de escolas públicas e privadas, com o objetivo de estudar as representações sociais dos direitos humanos. Uma visão mais negativa e mais restrita dos DH foram relacionadas a mães de nível socioeconômico baixo e de baixo nível de escolaridade. Por outro lado, uma visão positiva que engloba as normas benéficas e mais amplas dos direitos provinha de mães de nível socioeconômico médio e de nível de escolaridade superior. Para o autor essa diferença poderia ser explicada pelo fato das mães de classe média ter um maior acesso aos direitos, enquanto que as mães de classe socioeconômica baixa, principalmente pela deficiência do governo no provimento dos direitos, vivenciam muitas situações onde se explicita uma violação ou inexistência de direitos (Queiroz, 2011).

Uma pesquisa mais recente realizada por Santos (2013) teve como objetivo principal verificar em aspirantes da carreira militar da Polícia Militar da Paraíba, as representações sociais dos Direitos Humanos e a ancoragem de acordo com características sócio demográficas e psicossociais. As Representações Sociais coincidiram com alguns dos direitos mencionados quando foi solicitado aos participantes que citassem, espontaneamente, os Direitos Humanos conhecidos. Foi apresentada uma distinção entre o que se espera com relação aos direitos e o que se observa na realidade. Para os participantes, a função atribuída aos direitos humanos foi, dentre outras, promover a justiça social.

No citado estudo foi perceptível ainda uma influência do nível de escolarização no modo como os participantes representaram os DH e no que se refere aos direitos citados espontaneamente pelos aspirantes à carreira militar, verifica-se que entre os mais citados encontram-se os direitos à vida, às liberdades individuais, à educação, à saúde e à moradia. Também foram mencionados os direitos de grupos específicos e outros direitos

não mencionados em outros estudos sobre a temática, tais como o direito de escolher sua opção sexual e direito ao meio ambiente.

Feitosa (2013) realizou um estudo com crianças e adolescentes de João Pessoa com o objetivo de verificar como evolui a concepção acerca dos DH durante o desenvolvimento humano e como esta concepção se relaciona com o processo de tomada de perspectiva social. Foi permitido vislumbrar que a concepção acerca dos Direitos Humanos torna-se mais complexa na adolescência e que este tipo de julgamento é bem mais sofisticado nesta idade do que na infância, sendo diretamente influenciado pelo processo de tomada de perspectiva.

Os resultados das pesquisas realizadas em mais de 35 países, onde foram analisados mais de seis mil questionários demonstram haver uma certa concordância entre os entrevistados em apresentar representações pautadas nos direitos estabelecidos pela Declaração Universal dos direitos humanos, divergindo principalmente no níveis de envolvimento, onde foram avaliadas diferentes formas de comprometimento tanto do indivíduo como do governo na questão dos direitos humanos.

As pesquisas citadas, realizadas pelo Núcleo de Pesquisa em Desenvolvimento Sócio Moral, tem procurado investigar as Representações Sociais dos DH em diferentes populações, seja em crianças e adolescentes(Galvão, Costa e Camino, 2005; Feitosa, 2009; Feitosa, 2013), em mães (Queiroz, 2009), em policiais(Santos, 2013), adolescentes de uma instituição de ressocialização(Santos, 2009), professores(Paz, 2008), o que vem a diferenciar do presente estudo, posto que a amostra foi composta por profissionais de saúde mental, envolvidos na proposta da Reforma Psiquiátrica.

No tocante às pesquisas realizadas na área de saúde mental, novas perspectivas de atendimento e cidadania dos portadores de transtorno mental, é válido mencionar a pesquisa realizada no CAPS II de Campina Grande- PB. Cirilo (2006) realizou esse

estudo logo após a efervescência do movimento da Reforma Psiquiátrica nesse município, marcada pela implantação dos serviços de saúde mental e fechamento do hospital psiquiátrico. Participaram da amostra 15 usuários e 15 familiares, que responderam uma entrevista semiestruturada, questionando aspectos relacionados a origem e explicações sobre o transtorno mental, a qualidade do atendimento oferecido pelo CAPS, a participação da família e o conceito de cidadania.

Os resultados desse estudo evidenciaram que dentre as explicações dadas pelos entrevistados sobre o transtorno mental destacaram-se as causas biológicas, psicossociais, sócio-econômicas e psicológicas. Ao conceituar o transtorno mental foi marcante no discurso dos entrevistados a descrição da sintomatologia da doença e das situações de crise. A importância da participação familiar também foi mencionada pelos entrevistados ao avaliarem positivamente a norma de funcionamento do CAPS que exige a participação no Grupo de família. De suma importância foram os relatos dos entrevistados sobre o atendimento no CAPS e suas caracterizações sobre o tratamento oferecido no hospital psiquiátrico, onde na totalidade da amostra o CAPS teve uma avaliação positiva do funcionamento e aspectos tais como medicação excessiva e isolamento familiar foram citados como característicos da internação psiquiátrica.

No que se refere à cidadania os entrevistados atribuem este conceito à aquisição de documentos e ao ato de votar, destacando-se em seguida a concepção da cidadania ligada à ações de solidariedade e auxílio aos necessitados, ao direito de ser atendido num serviço de saúde, sendo marcantes os discursos que abordam o preconceito e estigma dos quais os portadores de transtornos mentais são alvos.

Destaca-se ainda a pesquisa realizada em um Centro de Atenção Psicossocial que expõe as representações sociais dos profissionais de saúde mental sobre o modelo de atendimento centrado nos CAPS e a inclusão social dos portadores de transtorno mental.

As categorias elaboradas centraram-se nas diretrizes políticas na área de saúde mental, no modelo de atenção representado pelos CAPS, nas necessidades dos recursos humanos e na concepção de doença mental (Leão & Barros, 2008).

Os participantes dessa pesquisa consideraram que o CAPS representa a inclusão social, e que o hospital psiquiátrico se configura como um instrumento produtor de exclusão o que reforça a concepção de que a internação exclui porque isola, afasta da família e impede a circulação das pessoas pelos espaços. Contraditoriamente, considerando a Lei 10.216, que indica a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, os profissionais defenderam a continuidade do Hospital psiquiátrico como instituição necessária, desde que transformada.

Medeiros (2007) ressalta que a mudança no modelo de atendimento em saúde mental defendido pela Reforma Psiquiátrica envolve uma mudança no imaginário social sobre a loucura e a relação da sociedade com o portador de sofrimento mental, ou seja uma mudança na representação social do louco, como sujeito despossuído de direitos, constituída nos últimos dois séculos. Assim realizou uma pesquisa com familiares de portadores de transtornos mentais, com o objetivo de estudar a aplicabilidade da teoria das Representações Sociais na prática de informações. A autora pôde constatar que, segundo os participantes, a falta de emprego, a baixa escolaridade do portador de transtorno mental, dentre outros pontos, dificultam a convivência e o cuidado. Verificou ainda que a experiência de acompanhar o tratamento de um portador de transtorno mental é o principal elemento formador das representações sociais do louco, da doença e do tratamento. Quando os sintomas são minimizados e a família passa a conviver melhor há uma tendência dos participantes em reconhecer os méritos da abordagem psicossocial em detrimento a internação em hospital psiquiátrico, vista como algo doloroso e preocupante.

Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde mental que atuam em um hospital psiquiátrico de São José do Rio Preto- SP sobre as compreensões elaboradas sobre os direitos humanos das pessoas com transtorno mental, a partir da Lei 10 216, foi realizada por Ventura (2011) demonstrou que a disponibilidade de vagas para atendimento é escassa e insuficiente, comprometendo o direito à saúde. Embora os profissionais saibam da importância da participação da família no tratamento do portador de transtorno mental, as estratégias utilizadas para assegurar essa participação são insuficientes e ainda ocorrem muitos casos de abandono de pacientes no hospital, por se tratar de uma instituição fechada, há limitações importantes na interação do paciente com a comunidade em que vive.

Para a autora, o preconceito em relação à pessoa e ao transtorno mental ainda é muito presente principalmente por parte da comunidade. Sendo que, o preconceito não foi verificado apenas na comunidade, os próprios sujeitos do estudo também o demonstraram em seus discursos. O acesso às informações pelos portadores de transtornos mentais sobre seu transtorno e tratamento é limitado. Os participantes demonstraram desconhecer os tipos de internação, o papel do Ministério Público na internação involuntária e os direitos dos portadores de transtorno mentais. A autora destaca a necessidade de promover ações de conscientização direcionadas aos profissionais de saúde sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, bem como sobre as mudanças no modelo de atenção trazidas pela Lei 10.216.

Ventura, Moraes e Jorge (2013) também realizaram um estudo com profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. Essa pesquisa teve como objetivo descrever a percepção de profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e os meios para efetivação desses direitos durante o cuidado à saúde. Foram utilizadas entrevistas semi-

estruturadas analisadas por meio de análise de conteúdo. Os participantes apresentaram diferentes percepções sobre os DH, dentre elas, os sujeitos associaram os direitos à liberdade, exercício da autonomia e à proteção da vida destas pessoas.

Os autores destacaram que o estigma relacionado ao transtorno mental, construído historicamente, resultou em uma série de infrações aos direitos humanos de seus portadores, especialmente do seu direito à liberdade e proteção da vida, assim reforçam que se torna ainda mais relevante o papel dos profissionais de saúde durante o cuidado, buscando valorizar a liberdade do portador de transtorno mental. Os profissionais de saúde relacionaram ainda a importância dos direitos dos portadores de transtornos mentais, como base para sua convivência em sociedade, assim como garantia ao exercício de sua cidadania.

Nesse estudo os respondentes afirmaram que informar e conscientizar o usuário do CAPS e familiares sobre seus direitos, assim como a população em geral e a sociedade, demonstrando que são direitos necessários e importantes a todos, se constituem meios eficazes para a concretização dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais.

Após a presente exposição é notório vislumbrar que foram realizados estudos que procuraram analisar as percepções de profissionais de saúde mental acerca dos direitos humanos dos portadores de transtorno mental (Ventura, 2011; Ventura & colaboradores, 2013), do transtorno mental e do tratamento (Leão & Barros, 2008) e a aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais no campo da divulgação de informações em saúde mental (Medeiros, 2007), sendo que na presente pesquisa foram estudadas as representações sociais dos direitos humanos na visão dos profissionais de saúde mental, atuantes nos CAPS de Campina Grande- PB. Os estudos que abordaram as representações sociais dos direitos humanos, da doença mental e da nova perspectiva de atendimento em

saúde mental, centrada na Reforma Psiquiátrica servirão como base de discussão ao longo do presente trabalho.

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS

5. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Identificar e analisar as representações sociais de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial acerca dos direitos humanos.

Objetivos Específicos:

Identificar:

- 1- Os direitos conhecidos pelos profissionais dos serviços de saúde mental
- 2- As maiores fontes de conhecimento sobre os direitos humanos
- 3- Se os direitos humanos são abordados no cotidiano dos serviços de saúde mental e como os CAPS podem contribuir para que os direitos dos portadores de transtornos mentais sejam respeitados
- 4- A quem os profissionais e usuários atribuem a responsabilidade pelo cumprimento dos direitos humanos e quem eles julgam que têm se esforçado pela implementação desses direitos
- 5- As formas de empenho apresentadas pelos profissionais em relação aos Direitos Humanos dos portadores de transtorno mental
- 6- Como os profissionais de saúde mental avaliam a Reforma Psiquiátrica
- 7- Qual o conhecimento que os participantes possuem sobre a lei 10.216
- 8- O campo representacional, os princípios organizadores e suas relações de distância e proximidade, bem como as ancoragens sociais dos direitos dos portadores de transtornos mentais mencionados pelos profissionais

CAPÍTULO 6

METÓDO

6. METÓDO

6.1- Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa ex- post facto, do tipo quantitativa e qualitativa.

6.2- Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial, na cidade de Campina Grande- PB. Os CAPS são serviços de saúde mental de atenção diária, que oferecem atendimento individual (psicoterápico, medicamentoso, de orientação), atendimento em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, ações comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (Brasil, 2004).

Diante da perspectiva de atendimento defendida pela Reforma Psiquiátrica, os CAPS se constituem como dispositivos estratégicos, que têm como objetivo, dentre outros, ser substitutivo do hospital psiquiátrico e dos modelos de internação anteriores a esta nova perspectiva de atuação na saúde mental.

A coleta de dados foi feita em cinco CAPS:

- CAPS II Novos Tempos –é o primeiro CAPS da cidade, inaugurado em 2003. Localizado no bairro do Catolé, atende adultos portadores de transtorno mental grave, com funcionamento diurno, de segunda a sexta-feira.
- CAPS III Reviver - Localizado no bairro do Centenário e inaugurado em 2005, atende adultos portadores de transtorno mental, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Além disso, possui o

diferencial de oferecer leitos de internação por um período máximo de sete dias.

- CAPS Ad Tota Agra - Localizado no bairro do Alto Branco e inaugurado em 2004, é destinado ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.
- CAPS infantil Viva Gente - Localizado no bairro da Prata, com funcionamento desde 2005, é um Serviço de Atenção Psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes.
- CAPS i intervenção precoce - também localizado no bairro da Prata, inaugurado em 2006, é destinado ao atendimento de crianças que apresentam transtornos do desenvolvimento.

No que concerne à formação das equipes de trabalho, a composição das equipes obedece aos critérios estabelecidos pela portaria 336, com médicos psiquiatras; enfermeiros com formação em saúde mental; profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

6.3- Participantes

A amostra foi composta por 60 profissionais de saúde mental de nível superior dos cinco Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Campina Grande- PB. O critério de inclusão se configurou na designação da portaria 336, do Ministério da Saúde (2004b), que determina os profissionais que devem compor os Centros de Atenção Psicossocial.

Entretanto os profissionais médicos não participaram do estudo, posto que a coordenação dos serviços comunicou que havia uma demanda intensa de atendimentos e a consequente indisponibilidade de tempo desses profissionais para responder os instrumentos dessa pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os profissionais de saúde mental que apresentaram um tempo de atuação inferior a três meses.

6.4- Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1 – Questionário com dados sociodemográficos

O questionário sociodemográfico teve por objetivo conhecer as condições sócio-culturais dos sujeitos da pesquisa: o sexo, a idade, a escolaridade, a profissão, o local onde trabalha, o estado civil, a religião, a simpatia partidária e o tempo de atuação no serviço (Apêndice A).

2 – Escalas de medidas psicossociais

Foram utilizadas as seguintes escalas:

2.1 - Escala do envolvimento com os direitos humanos: Esta escala foi desenvolvida por Spini e Doise (1998) e adaptada para o contexto brasileiro por Camino, Camino, Pereira e Paz (2004). Ela tem como objetivo verificar a representação que as pessoas têm do seu envolvimento com os direitos humanos, considerando as seguintes dimensões: pessoal-concreto, governamental-concreto, pessoal-abstrato e governamental-abstrato.

Em sua versão original essa escala é bipolar, de 9 pontos. Entretanto, com o objetivo de facilitar o entendimento do instrumento, quanto à forma de marcar as respostas, já que, no estudo piloto, os participantes demonstraram dificuldades, a escala foi alterada para uma escala de cinco pontos, em que as alternativas que poderiam ser escolhidas variaram

de discordo totalmente (correspondia a 0 ponto) a concordo totalmente(correspondia a 5 pontos).

2.2 - Escala sobre as instituições úteis para o apoio ao portador de transtorno mental- Trata-se de uma escala que tem o objetivo de verificar a utilidade de algumas instituições, por exemplo, a família, o hospital, os partidos políticos, etc., para o portador de transtorno mental. O respondente foi solicitado a indicar em uma escala do tipo Likert que variava de 1 = completamente inútil, 2 = não útil, 3 = útil a 4 = completamente útil. Esse instrumento foi adaptado a partir da escala elaborada por Doise, Staerklé, Clémence e Savory (1998) e adaptada para o contexto brasileiro por Camino (2002), sendo que no instrumento original o respondente é solicitado a avaliar o quanto as instituições são úteis para ele pessoalmente.

2.3 - Escala sobre as entidades que devem garantir os DH – Esta escala avalia as entidades responsáveis pela garantia dos DH em relação aos portadores de transtorno mental. Para tanto, o respondente é solicitado a indicar o quanto ele julga que cada uma das entidades (a Família, o próprio Doente, o Governo, os Profissionais, o respondente, seu Serviço de atendimento e Cidadãos Brasileiros) deveria cuidar (nível abstrato) para que os direitos dos portadores de transtorno mental fossem respeitados. Para este fim, o participante indica em uma escala do tipo Likert, que varia de 0 = nada, 1 = pouco, 2 = muito e 3 = muitíssimo.

2.4 - Escala sobre entidades que cuidam de fato para o cumprimento dos DH relacionados ao portador de transtorno mental – Esta escala tem por objetivo avaliar o quanto às entidades destacadas no estudo (Família, o próprio doente, o Governo, os Profissionais, o respondente, Este Serviço e Cidadãos Brasileiros) cuidam de fato (nível concreto), para que os DH sejam cumpridos em relação ao portador de transtorno mental.

O respondente deveria indicar em uma escala do tipo Likert que varia de 0 = nada, 1 = pouco, 2 = muito e 3 = muitíssimo, sua resposta.

2.5 - Escala avaliativa de atividades para ressocialização e cidadania do paciente portador de transtorno mental –ERPC-A: Esta escala tem por objetivo avaliar o quanto os respondentes acreditam que as atividades (Participação dos usuários em Associações, Atividades culturais fora do Serviço, Oficinas Terapêuticas, Atitudes dos profissionais, Capacitações e cursos, o CAPS que ele frequenta e Ações do Governo) podem contribuir para que haja mudança na sua ressocialização e no fato dele se sentir cidadão. Para isso, os respondentes são solicitados a indicar sua resposta numa escala do tipo Likert que varia de 0 = nada, 1 = pouco, 2 = muito e 3 = muitíssimo.

2.6 - Escala de atividades para a ressocialização e cidadania do paciente portador de transtorno mental –ERCP-C: Esta escala foi construída de forma semelhante a ERCP-A e tem por objetivo avaliar o quanto os respondentes acreditam que as atividades de fato contribuem (nível concreto) para que exista uma mudança na sua ressocialização e no fato dele se sentir cidadão. Os respondentes indicam sua resposta numa escala do tipo Likert que variava de 0 = nada, 1 = pouco, 2 = muito e 3 = muitíssimo.

3 - **Entrevista semiestruturada**- Esta entrevista é constituída por perguntas abertas e fechadas, que abordam os direitos humanos, o conhecimento dos direitos, os meios de informação desses direitos, os meios ou instituições que deveriam contribuir para a efetivação dos direitos humanos, o grau de envolvimento com a temática, a importância atribuída aos direitos humanos, os meios ou instituições responsáveis pelo cumprimento desses direitos, o conhecimento sobre a Lei 10.216, as possibilidades de mudança em relação a inserção social do portador de transtorno mental e o conhecimento sobre o transtorno mental (Apêndice B). As questões foram elaboradas pela autora considerando os objetivos do estudo.

6.5-Procedimentos

6.5.1- Éticos

O presente estudo está de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde a respeito da Ética na pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba.

6.5.2- Administração

Inicialmente foi realizado contato com a Coordenação de Saúde Mental de Campina Grande, com o objetivo de solicitar autorização para a coleta de dados nos CAPS do município. Depois dessa autorização, foram realizadas visitas aos CAPS, para apresentar o projeto de pesquisa. As coordenadoras dos Serviços apresentaram informações sobre o funcionamento, os profissionais e horário e dia para aplicação do instrumento.

De posse da lista de profissionais, os participantes foram contatados pessoalmente, sendo informados acerca do estudo e sobre o caráter voluntário da sua participação. Participaram da pesquisa aqueles profissionais que se dispuseram a ser entrevistados. Uma vez estando de acordo em participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice C).

No TCLE foram destacadas as informações pertinentes à participação dos profissionais, como: objetivos da pesquisa, garantia do respeito à participação voluntária, autorização para gravar as entrevistas, direito do anonimato e caráter confidencial dos dados. Além disso, o TCLE continha informações de contato da pesquisadora.

Antes de ser elaborada a versão final dos instrumentos, foi realizada uma pesquisa piloto com oito profissionais. Inicialmente a pesquisa objetivou realizar também um

estudo sobre as representações sociais dos direitos humanos dos usuários dos serviços de saúde mental, sendo assim também foi realizado um estudo piloto com essa população. O estudo tornou-se inviável devido ao fato da maior parte dos usuários apresentarem-se em situação de crise ou com declínio considerável da sua capacidade cognitiva.

Os instrumentos foram aplicados individualmente nas dependências das instituições, num único encontro. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, conforme acordo prévio. Foi calculado um tempo médio de uma hora de duração.

Apenas uma profissional não consentiu em participar da pesquisa. Os participantes demonstraram boa receptividade, embora sempre imbuídos de muitos afazeres no cotidiano dos serviços, o que fez com que acontecessem interrupções e consequente aumento do tempo no processo de aplicação dos instrumentos.

6.6- Análise e tratamento dos dados

Para análise dos dados objetivos utilizou-se o SPSS (versão 21). Foram realizadas análises de estatísticas descritivas (média, desvio padrão e frequência), teste t de student, cálculo do qui-quadrado e o cálculo do Lambda de Guttman.

A análise de fidedignidade das escalas foi realizada com base no coeficiente *Lambda 2* de Guttman. Esse coeficiente foi escolhido porque estudos apontam que o *Lambda 2* de Guttman é uma estimativa melhor da fidedignidade, principalmente quando os instrumentos contêm poucos itens ou quando a amostra é pequena (Tellegen & Laros, 2004; Ten Berge & Zegers, 1978). Para analisar os dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS.

6.6.1- Questões semi estruturadas

As respostas das questões subjetivas foram submetidas a uma análise de conteúdo categorial temática proposta por Bardin (1977). Para esta autora, a análise de conteúdo compreende “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1977, p. 38).

De acordo com Bardin (1977) a análise do material coletado segue as três etapas básicas da análise de conteúdo: 1- pré-análise, 2- exploração do material e 3- tratamento dos resultados que incluem a inferência e a interpretação. A pré-análise se configura como a fase de organização propriamente dita. “Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais”. (p.95). Esta primeira etapa envolve a leitura flutuante do material; a escolha do universo de documentos de análise; a formulação dos objetivos; e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A etapa de exploração do material começa na pré-análise. Esta é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; formulação das hipóteses e dos objetivos e referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores (Bardin, 1977).

A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica,

quando o corpus será submetido a um estudo aprofundado, pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 2003).

O processo de categorização foi realizado pela identificação de categorias para cada questão. As categorias resultantes dessa análise foram formuladas por dois juízes, que trabalharam separadamente e depois confrontaram as categorias pré-estabelecidas, sendo aproveitadas aquelas que obtiveram 100% de consenso quanto à clareza e fidedignidade dos conteúdos apresentados nas entrevistas. As respostas dos participantes poderiam ser classificadas em mais de uma categoria referente à uma mesma questão.

Após essa etapa, quando possível foi realizada uma análise estatística dos dados, a partir do cálculo das frequências pelo teste do X^2 para uma única amostra, com o objetivo de verificar as diferenças significativas, referentes às frequências de respostas às diferentes categorias elaboradas para uma mesma questão.

6.6.2- Análise Lexical

Para completar a análise dos dados oriundos das questões abertas foi utilizado o software ALCESTE (Analyse Lexicale par Context dum Ensemble de Segments de Teste). O ALCESTE foi criado na França por Reinert e introduzido no Brasil a partir de 1998, este programa permite uma análise lexográfica do material textual, oferecendo contextos que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de texto que compartilham esse vocabulário (Lima, 2008).

Ao descrever sobre o ALCESTE, Ribeiro (2004) informa que o objetivo deste programa é obter uma primeira classificação estatística dos enunciados simples do corpus estudado, em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, a fim de apreender

as palavras que lhes são mais características. O software permite realizar de maneira automática a análise de entrevistas, perguntas abertas de pesquisas socioeconômicas, compilações de textos diversos (obras literárias, artigos de revistas, ensaios).

Ribeiro(2004) define alguns termos utilizados pelo Programa:

U.C.E- Unidade de contexto elementar: é a ideia de frase mais calibrada em função do tamanho do texto, respeitando a pontuação. São segmentos de texto , na maior parte das vezes, do tamanho de 3 linhas.

U.C.I- Unidade de contexto inicial: se refere as divisões naturais do *corpus*. São os primeiros índices de uma estrutura que convém assinalar para o ALCESTE. Esta Deve ser introduzida por linhas com asteriscos.

Um exemplo de U.C.I é descrita abaixo:

```
**** *ind_01 *ida_1 *sex_2 *loc_4 *eci_1 *prof_1*rend_2 *rel_2
```

O exemplo destacado indica que o indivíduo (*ind_01), possui idade entre 20 e 35 anos (*ida_1), é do sexo feminino(*sex_2), trabalha no CAPS III (*loc_4), é solteiro(*eci_1), sua profissão é Psicólogo (*prof_1), possui renda familiar de 3 a 6 salários mínimos (*rend_2) e sua religião é evangélica(*rel_2).

Logo após cada linha de comando, referente ao conteúdo de cada indivíduo, foi acrescentado o extrato do discurso. O conjunto desses discursos compôs o *corpus* de análise textual.

Classe: É um agrupamento composto por várias UC.Es de vocabulário homogêneo. Uma classe representa um tema extraído do texto, pela decomposição do texto em

unidades de contexto para a partir daí gerar uma classificação em função da distribuição do vocabulário.

O processo de análise é realizado em quatro etapas. Na Etapa A é realizada a leitura do texto e o cálculo dos dicionários. Nela são reconhecidas as Unidades de Contexto Iniciais (UCI), há a fragmentação do texto, agrupamento das palavras por radicais e cálculo das frequências. Nesta mesma etapa o Alceste reformata e divide o *corpus* em Unidades de Contexto Elementares(UCE).

Na Etapa B são realizados o cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE. O conjunto das UCE é repartido de acordo com a frequência de formas reduzidas. A partir das matrizes cruzando formas reduzidas e UCE, aplica-se o método de Classificação Hierárquica Descendente, gerando a partir da partição do corpus uma classificação definitiva.

Na etapa C, ocorre a Descrição das Classes de UCE escolhidas. Esta etapa fornece resultados que permitem a descrição das classes obtidas pelos seus vocabulários característicos (léxico) e pelas variáveis fixas. A partir desta etapa é possível obter a AFC, representando as relações entre as classes em um plano fatorial com dois eixos.

Já na etapa D, chamada de etapa dos cálculos complementares, a etapa C é complementada. A partir das Classes de UCE escolhidas, o programa calcula e fornece as UCE mais representativas de cada classe, possibilitando a contextualização do vocabulário (Camargo, 2005; Saraiva, Coutinho e Miranda, 2011).

CAPÍTULO 7

RESULTADOS E DISCUSSÃO

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de facilitar a leitura, optou-se em distribuir os resultados em secções. Inicialmente serão apresentados os resultados relativos aos dados sócio-demográficos dos participantes. Na sequência, apresentar-se-ão o resultado proveniente da análise semântica e análise estatística seguidos pelas discussões, em seguida, os resultados referentes à Análise Léxica (ALCESTE) e sua discussão.

7.1. Características sócio-demográficas da amostra

Na tabela 1, é possível observar os resultados relativos aos dados sócios demográficos: em relação ao estado civil, a maior parte da amostra é composta por casados e uma menor parte por divorciados. Quanto à variável religião, a maioria é da religião católica e evangélica e uma minoria é composta por espíritas e por aqueles que afirmaram não ter adesão religiosa.

Ainda na tabela 1, no que se refere à renda familiar mensal, a qual foi expressa em salários mínimos (R\$ 724,00), é possível observar que uma grande parte é composta pelos participantes que possuem renda superior a 6 salários mínimos e renda de 3 a 6 salários mínimos, enquanto que, uma menor parte indicou a renda de 1 a 3 salários mínimos.

Em relação à profissão, quase metade dos participantes é composta por psicólogos, outra parte é formada por pedagogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e poucos são os educadores físicos. Quanto à qualificação acadêmico-científica, o maior percentual foi de pós-graduados, especificamente, aqueles diplomados nos cursos de especialização em saúde mental*.

* Durante a organização dos CAPS no ano de 2006, o município da cidade de Campina Grande – PB, realizou um convênio com a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, o qual tinha como objetivo especializar ‘todos’ os funcionários da rede de saúde mental, a fim de melhor gerir os cuidados sociais e individuais direcionados ao portadores de transtorno mental.

Ainda na tabela 1, pode-se observar que, em relação ao local de trabalho e atuação profissional, a amostra é composta por profissionais que atuam no CAPS III (unidade de saúde de atendimento ao portador de transtorno mental, com funcionamento de 24hs), no CAPS AD (unidade de saúde de atendimento ao portador de transtorno mental relacionado ao uso de álcool e outras drogas), no CAPS II (unidade de saúde de atendimento ao portador de transtorno mental, em período regular), no CAPS i Intervenção Precoce e no CAPS i (esses dois últimos são responsáveis pelo atendimento de crianças), apresentando frequências semelhantes.

No que se refere ao tempo de serviço e idade, observou-se que, em relação à idade, os profissionais apresentavam idade mínima de 20 e máxima de 63 anos, com uma média etária de 38,17 anos ($DP = 10,02$); quanto ao tempo de atuação nos serviços de saúde mental, identificou-se a existência de profissionais que estavam no serviço de um a oito anos de serviço na área, com uma média de 4,85 do tempo de trabalho ($DP = 2,48$). Com respeito a simpatia partidária, todos os participantes responderam que não possuíam.

Tabela 1: Frequência absoluta e relativa dos dados sócio- demográficos dos profissionais entrevistados (n=60)

Variáveis	Níveis	f	%	Total(f)	Total(%)
Sexo	Feminino	52	86,7	60	100
	Masculino	08	13,3		
Faixa etária	20 a 35 anos	28	46,7	60	100
	36 a 45 anos	17	28,3		
	Acima de 46 anos	15	25		
Estado civil	Solteiro	25	41,7	60	100
	Casado	32	53,3		
	Divorciado	03	05		
Religião	Católica	40	66,7	60	100
	Evangélica	13	21,7		
	Espírita	04	6,7		
	Não possuem religião	03	5		
Renda familiar mensal	Até 3 SM	1,4	26,7	60	100
	De 3 a 6 SM	28	35		
	Acima de 6 SM	18	28,3		
Local de trabalho	CAPS III	14	23,3	60	100
	CAPS AD	13	21,7		
	CAPS II	12	20		
	CAPS i Intervenção	11	18,3		
	CAPS i	10	16,7		
Profissão	Psicólogo	26	43,3	60	100
	Pedagogo	09	15		
	Enfermeiro	08	13,3		
	Assistente Social	08	13,3		
	Fisioterapeuta	07	11,7		
	Educador Físico	02	3,3		
Escolaridade	Superior	19	31,7	60	100
	Pós-graduação	41	68,3		
Simpatia partidária	Sim	00	0	60	100
	Não	60	100%		

7.2 - Análise estatística descritiva das variáveis independentes e Análise Semântica

A apresentação dos resultados será feita considerando as respostas a cada questão referente à parte II do questionário, que trata das representações sobre os direitos humanos, a inserção social do portador de transtorno mental e a Reforma Psiquiátrica.

A título de informação e com objetivo de facilitar a leitura, os resultados serão apresentados seguindo a sequência das questões no instrumento, podendo encontrar e acompanhar a exposição de questões objetivas e subjetivas no mesmo tópico.

No que se refere a análise semântica inicialmente serão descritas as categorias elaboradas a partir dos conteúdos apresentados pelas respostas dos profissionais a cada questão e, logo a seguir, apresentadas as tabelas, com as frequências relativas e absolutas às categorias.

Tais resultados foram divididos nas temáticas: Direitos humanos conhecidos, Fontes de informação sobre os DH, Conhecimento da Lei 10.216, DH nos serviços da Saúde Mental, Utilidade das instituições e Nível de envolvimento com os DH.

- Direitos Humanos conhecidos:

Em relação às perguntas do questionário: *Quais os direitos humanos que você conhece? Pode me citar alguns?* De acordo com a análise do conteúdo da resposta, foram formadas as seguintes categorias:

- *Saúde*: Foram incluídas nesta categoria as citações ao direito a ter saúde, ser atendido em serviços de saúde, de opinar sobre o tratamento e receber medicação, conforme evidenciam as seguintes falas: *Direito de ser assistido, de cuidar da saúde, de*

ter acesso a saúde (S.3); Direito de saúde, de usar hospitais e postos de saúde gratuitamente (S. 14).

- *Direito de grupos específicos:* Nesta categoria destacaram-se as respostas que abordaram os direitos das crianças e dos adolescentes e o Estatuto da Criança e do Adolescente, os direitos da mulher, a Lei Maria da Penha e os direitos dos deficientes físicos, como pode ser visualizado nas falas a seguir: *direito de grupos sociais tipo: a criança e o adolescente, ao idoso (S.12); o Estatuto da criança e do adolescente, o estatuto do idoso, a Lei Maria da Penha (S.15).*

- *Educação:* Foram incluídas nesta categoria as menções ao direito de receber educação pública, conforme destacam as seguintes falas: (...) *direito a educação (S. 18), direito de estudar numa escola pública de qualidade (S.22).*

- *Liberdade e Respeito:* As citações aos direitos de ser livre e o direito de ir e vir foram incluídos nesta categoria. Constituem-se como exemplos dessas respostas: *Direito de liberdade e expressão, direito de poder escolher (S.4); O direito de ir e vir, da escolha, de liberdade de expressão (S.8).*

- *Cultura e lazer:* Reuniu as citações que abordaram o direito a diversão, a prática de esportes, a cultura e o lazer, conforme exemplificado nas respostas: (...) *direitos de lazer e esportes(S.29); cultura e lazer(S.32).*

- *Trabalho:* Nesta categoria foram incluídos os direitos relacionados ao trabalho, inserção no mercado de trabalho, o direito de ter um emprego digno e receber salário, conforme evidenciado nas falas a seguir: *direito ao trabalho digno (S.24); O direito de ser uma vida social digna, ou seja, trabalho(S.27).*

- *Direito a alimentação*: Reuniu respostas referentes ao direito de receber alimentação adequada. As respostas a seguir ilustram essa categoria: *Direito a alimentação (S. 47)*; *direito de ter uma alimentação adequada (S. 53)*.

- *Moradia*: Esta categoria reuniu citações sobre o direito de adquirir um imóvel, ter uma residência digna, conforme ressaltam as falas: (...) *ter uma moradia digna (S.27)*; *ter um lugar para morar (S.30)*.

- *Benefícios do Governo*: Foram incluídas nesta categoria as respostas que destacaram o direito de receber benefícios do governo, como o LOAS e o PVC e previdência social. São exemplos dessas falas: *a previdência social (S.39)*; *direito a benefícios assistenciais, como o LOAS... (S.56)*.

- *Igualdade*: Nesta categoria estão às respostas que mencionaram o direito de igualdade, como exemplos destacam-se: *o direito de ser tratado por igual (S. 20)*, *o direito que diz que ninguém é diferente de ninguém, mesmo que tenha algumas doença ou outra condição (S. 40)*.

- *Direito de votar*: Reuniu as citações ao direito de votar e escolher seu representante, conforme visualizado nas respostas: *Direito de escolher seu representante (S.4)*; *Direito ao voto consciente (S.39)*.

- *Direitos do portador de transtorno mental*: Incluiu as respostas referentes aos direitos dos portadores de transtorno mental, tais como não ser internado de forma forçada, receber informações sobre seu tratamento e outros aspectos da Lei 10216. São exemplos dessas falas: *O direito do paciente opinar pelo tratamento, que lhe convém inclusiva a internação, lei 10.216 art. 6º parágrafo 1º, direito de aquisição de benefício (BPC e/ ou aposentadoria sem necessitar de ser), direito a acessibilidade as informações*

sobre a doença e a forma de tratamento necessário ao caso (S.17); direito à Lei da Reforma Psiquiátrica (S.41).

- *Convivência familiar*: Nesta categoria foram reunidas as citações ao direito de viver em família. Conforme evidencia a resposta: *direito a convivência familiar* (S.18 e S.55).

- *Respeito*: Foram incluídas nesta categoria as respostas que elucidaram o direito de ser respeitado. Constitui-se como exemplo: *o direito de viver em paz e ser respeitado* (S.20).

- *Direito a vida*: Reuniu respostas referentes ao direito de viver. São exemplos dessas respostas: *Direito básico à sobrevivência* (S.40); *Direito a vida* (S.50).

- *Outros*: Nesta categoria foram agrupados os direitos cuja frequência de citação, foi menor ou igual a 2: Segurança, direitos do consumidor, direito de ter uma legislação, cidadania, justiça, viver em sociedade, ter qualidade de vida e de ter um código de ética profissional. Se constituem como exemplos dessas respostas: *Direitos políticos, sociais, econômicos (consumidor), penal e financeiro* (S.38); *Direito de ter um código de ética profissional* (S.41), *direito à cidadania* (S. 58).

Após a categorização, foi levantada a frequência de respostas para cada categoria e calculada a porcentagem de respostas, conforme visualizado na Tabela 2. Em seguida realizou-se o Teste do Qui-quadrado para uma única amostra. O resultado do teste do qui-quadrado revelou, significativamente, a diferença entre as frequências de respostas.

Tabela 2: Frequência absoluta e relativa de respostas às categorias relativas à Questão: Quais direitos você conhece?

Categorias	F	%
Saúde	40	20,3
Educação	30	15,2
Direitos de grupos específicos	25	12,6
Liberdade	20	12,1
Outros	16	8,1
Cultura e lazer	8	4
Trabalho	8	4
Benefícios do Governo	8	4
Direito a alimentação	7	3,6
Moradia	7	3,6
Igualdade	7	3,6
Direito de votar	5	2,5
Direito do portador de transtorno mental	5	2,5
Convivência familiar	4	2
Respeito	4	2
Direito a vida	3	1,5

$\chi^2 = (15; N = 197) \ 135,817; p < 0,001$

Ao investigar quais as frequências que se diferenciaram umas das outras, pode-se observar que as frequências das quatro primeiras categorias: *direito a saúde, a educação, os direitos de grupos específicos e liberdade e respeito* estão acima da média ($M = 13,1$), a quarta categoria- *outros*- possui uma frequência dentro da média e as demais: *cultura e lazer, trabalho, igualdade, direito à alimentação, moradia, direito de ir e vir, benefícios do governo, direito de votar, direitos dos portadores de transtornos mentais e convivência familiar* possuem frequência abaixo da média, sendo o direito à vida a que possui menor frequência.

- Fontes de informação sobre os direitos humanos:

Com respeito a pergunta: *Onde você ouviu falar sobre esses direitos?* As alternativas para assinalar foram: *mídia, cursos específicos, familiares, amigos, local de trabalho, desconhecidos e outros*. Os participantes poderiam marcar até duas alternativas.

Sendo assim, as respostas referentes a tal questão podem ser encontradas na Tabela 3. É possível observar que a maioria dos respondentes indicou ter conhecimento dos DH através da *mídia*, seguido, dos profissionais que afirmaram conhecer o DH em *cursos* que eles participaram e dos participantes que ouviram falar dos DH no seu *local de trabalho*. As demais fontes (*Familiares, amigos, desconhecidos, etc.*) apresentaram frequências menores. Na categoria *outros* foram encontradas respostas que citam a universidade e os cursos de graduação.

Tabela 3: Frequências absoluta e relativa das respostas relativas à pergunta: “Onde você ouviu falar sobre esses direitos?”

Fonte	F	%
Mídia	44	73,3
Cursos específicos	26	43,3
Local de Trabalho	23	38,3
Familiares	11	18,3
Outros	9	15,0
Amigos	3	5,0
Desconhecidos	1	1,7

$\chi^2 = (7; N=107) 83,60; p < 0,001$

- Quanto ao conhecimento da Lei 10.216

Com o objetivo de avaliar qual o conhecimento que os participantes possuíam sobre a Lei 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, foram realizadas duas perguntas. Para a primeira delas: *Você leu a Lei 10.216?* foram oferecidas duas possibilidades de

respostas: *sim* ou *não* e a segunda foi uma questão aberta, que indagou: *O que você acha da Lei 10.216?*

No que se refere à primeira pergunta, 54 participantes (90%) responderam que já tinham lido a lei e 06 profissionais(10%) afirmaram não ter lido. $\chi^2(1)= 38,4$ $p < 0,001$.

Quando se questionou aos profissionais *sobre o que acham da Lei 10.216*, foi possível agrupar as respostas de acordo com as seguintes categorias:

- *Críticas à Lei*: Nesta categoria foram reunidas as citações que enfatizaram que a lei não é cumprida, que apresenta falhas e precisa ser reformulada. Constituem-se como exemplos de respostas: *Na hora do pega pra capar a realidade é outra, principalmente para se conseguir emprego (mesmo estando medicado, participando do CAPS) e isso termina agravando o quadro dele, a Lei não aborda essa questão (S.3); Deveria ser mais ativa. No início da reforma foi bem teorizada, ao passar do tempo esses nortes foram se perdendo. Tem que ter aplicabilidade, fazer valer. Uma das questões que foi descaracterizada foi a questão da cidadania (quando da internação), as pessoas continuam sem cidadania, não era apenas a internação que tirava (S.38).*

- *Não sei dizer*: Reuniu respostas como *não sei dizer* ou *não lembro*.

- *Avaliação positiva*: Nesta categoria estão inseridas as respostas que indicaram que a Lei é um passo importante na Reforma Psiquiátrica, que é uma oportunidade de discussão dos direitos, conforme pode ser visualizado nas falas a seguir: *É lá que tá pontuando os direitos. Ela é muito importante porque visa uma forma melhor do usuário de saúde mental ser visto como uma pessoa humana (S.4); Acho que ela representa uma conquista para os portadores de transtornos mentais. Ela reconhece e assegura direitos, visando a recuperação social e o tratamento em ambiente terapêutico (S.12).*

- *Precisa ser divulgada*: Reuniu citações de que a Lei precisa ser mais conhecida e divulgada. Pode-se ilustrar essa categoria por meio das seguintes falas: *Existe um pouco*

conhecimento por parte dos profissionais gerais, se todos tivessem conhecimento, talvez ela pudesse se efetivar (S.25); as pessoas precisam conhecer e se conscientizar mais para que essa lei funcione (S.53).

- *Implantação dos serviços*: Esta categoria agrupou as citações de que a Lei impulsionou a abertura dos serviços de saúde mental, como o CAPS, conforme pode ser visualizado nas respostas: *Vem realmente caracterizando esse processo de mudança do modelo asilar para tratamento de porte comunitário (S.43); Foi o ponto de partida para a melhoria da saúde e a busca de organizações de serviços de saúde mental (S.56).*

- *É uma lei cumprida*: Nesta categoria situa-se a resposta que mencionou que na prática a lei é respeitada e cumprida, conforme visualizado nessa fala: *Na prática é uma lei cumprida, enquanto profissional acredito nesse olhar, uma visão diferenciada, se cada um faz sua parte a gente chega lá (S.57).*

Na tabela 4 é possível observar que a maior parte dos participantes realizou uma *avaliação positiva da lei*, logo em seguida destacaram-se as respostas que apresentaram uma *crítica à legislação*. Uma parte menor respondeu que *não sabia dizer* e que *a Lei precisa ser mais divulgada* e apenas um participante mencionou que *a Lei é cumprida*.

Tabela 4: Frequências absoluta e relativa das respostas dos profissionais dos CAPS à pergunta “O que você acha da Lei 10.216?”

Respostas	F	%
Avaliação positiva	29	37,7
Críticas à Lei	26	33,7
Não sei responder	11	14,3
Precisa ser mais divulgada	05	6,5
Garante a implantação dos serviços	05	6,5
Na prática é uma lei cumprida	01	1,3

Nota: χ^2 (5; N= 77)= 54,603; p < 0,001

- Quanto aos DH nos Serviços de Saúde Mental

Os participantes foram questionados: *Vocês falam sobre direitos aos usuários desse serviço?* Cujas respostas deveriam ser assinaladas considerando as alternativas: *nada, pouco, mais ou menos ou muito*. Na tabela 5, é possível visualizar as frequências das respostas dos sujeitos, os quais atribuíram, significativamente, 48,3% em relação informarem *mais ou menos* sobre os DH no serviço de saúde, porém, 31,7% afirmaram que falam muito sobre os DH na sua prática.

Tabela 5: Frequências absoluta e relativa das respostas a pergunta: Vocês falam sobre direitos aos usuários desse serviço?

Resposta	F	%
Nada	1	1,7
Pouco	11	18,3
Mais ou menos	29	48,3
Muito	19	31,7

Nota: $\chi^2 = (3; N = 60) 28,27; p < 0,001$

Em relação à pergunta: *Como profissional de saúde mental, você acha que se empenha o bastante para a aplicação dos direitos humanos? De que forma?*. Observou-se que para 58 participantes do estudo, existe bastante empenho para que o DH seja aplicado e, somente, dois dos respondentes responderam que não existe empenho. Já sobre as formas de empenho, foram identificadas as seguintes categorias:

- *Divulga os direitos:* Nesta categoria foram agrupadas as respostas que envolvem a divulgação dos direitos nos serviços, com os usuários e seus familiares. São exemplos dessas falas: *Primeiro faço a escuta e oriento sobre os DHs, pois hoje eles reivindicam muito (S.11); Me empenho no que é possível, informando, orientando, entendendo*

enquanto profissional que tem como uma de atributos a luta constante na defesa e garantia de direitos (S.12). Orientando como pegar sua medicação (que é um direito seu), promover consultas, dispor de recursos próprios para uma oficina, por exemplo. Mostrar a ele que tem direito ao vale transporte para que ele venha ao serviço (S.50).

- *Oferece um tratamento digno:* Foram reunidas nessa categoria as respostas que enfatizaram o cuidado, o tratamento, o bom atendimento ao usuário, conforme observado nessas falas: *Sim, eu sou muito de bater nessa tecla, trabalho com humanismo, vejo as necessidades do usuário. Tenho flexibilidade, não sou rígida (S.13); Através do trabalho, do respeito ao usuário(S.16); Sim, procurando no acolhimento mostrar o respeito pela pessoa que está sendo atendida, pela família, que chega muito constrangida, sofrida com todas as consequências de um transtorno mental(S.22).*

- *Realiza um trabalho ativo com a família:* Reuniu citações sobre o trabalho realizado com a família. São exemplos dessas respostas: *... na luta com as famílias, tentando trazer a família para junto, tento estar junto e contribuindo (S.8); Procuro mediar um cuidado maior da família, oriento, busco a participação da família (S.27).*

- *Estuda:* Esta categoria agrupou as respostas que mencionaram estudar, ler, fazer cursos de capacitação como formas de empenho para o cumprimento dos DH. Conforme observado nas seguintes falas: *me dedico e estudo muito(S.10); busco capacitações, leio e estudo para fazer a coisa acontecer(S.37).*

- *Prepara o usuário para inserção social:* Reuniu respostas que destacaram o empenho a partir de ações que buscam a inserção social do portador de transtorno mental. São exemplos: *Tento repassar para o usuário que ele tem condição de lutar pelo lugar dele no mercado de trabalho (S.8); Busco a valorização do trabalho, melhor articulação com a rede e disponibilidades para realizar o trabalho dos muros, ou seja, sua reinserção social (S.17).*

Na tabela 6, podem-se observar as formas de empenho mais citadas pelos respondentes; as maiores frequências de citação são salientadas para *Divulgo os direitos* e *Ofereço um atendimento digno*. *Realizo um trabalho ativo com a família e estuda* apresentam uma frequência menor e *Prepara o usuário para inserção social*, apresenta a frequência mais baixa.

Tabela 6: Frequências absoluta e relativa das respostas sobre as formas de empenho para aplicação do DH.

Respostas	F	%
Divulga os direitos	20	29,5
Oferece um tratamento digno	18	26,5
Realiza um trabalho com as famílias	09	13,3
Estuda	07	10,2
Prepara o usuário para inserção social	05	7,4

Nota: χ^2 (5; N= 68) 16; p < 0,001

Ao serem questionados se há alguma atividade específica que aborde a temática DH, a partir da pergunta: *Há uma atividade específica, realizada nesse Serviço, que aborde os direitos? Se sim, qual?* Destaca-se que apenas os profissionais do CAPS III, afirmaram haver uma atividade específica denominada Oficina de Direitos e Cidadania.

A respeito da pergunta: *Como um serviço de saúde mental, como o CAPS pode defender os direitos humanos?* Os participantes apresentaram respostas que foram categorizadas da seguinte forma:

Prática profissional: engloba o papel ativo da equipe técnica, através de um acolhimento adequado, atendimento de qualidade, realização de palestras, oficinas geradoras de renda e outras atividades, denunciando quando os direitos são desrespeitados. São exemplos dessas respostas: *Através da prática, dos profissionais*

envolvidos e práticas de intervenções (S.1); Pode se implicar mais nos casos e em atividades, na questão de estar falando dessas questões fora do serviço (S.2).

Divulgação dos direitos: engloba a divulgação através da mídia, da divulgação de panfletos e cartazes e a necessidade de conscientizar sobre os direitos e a importância de buscá-los. Destacam-se os seguintes exemplos: *Poderia usar a mídia, abrir a discussão em fóruns e na comunidade (S.2); Se pudesse expor cartazes, faixas, panfletos, juntar famílias dentro do próprio serviço, mostrar ao usuário que ele deve reivindicar seus direitos e também dentro da própria família(S.4); Com propagandas e divulgação (S.5).*

Atuação em espaços sociais: se refere à atuação fora do serviço CAPS, na comunidade e diversos espaços sociais, conforme visualizado nas falas a seguir: *Promover um dia de saúde, higiene bucal, higiene pessoal, informações sobre a lei da Reforma Psiquiátrica, promovendo eventos nos diversos contextos sociais (S.11); Juntar as pessoas realizar um movimento extra muro (S.18).*

Trabalho ativo com as famílias: nesta categoria foram agrupadas as respostas que enfatizaram a necessidade de trabalhar ativamente com as famílias, através das visitas domiciliares e outras ações, para que a família seja uma parceira efetiva na busca dos direitos. Constituem exemplos dessas respostas: *Primeiro a gente começa com a família, corre atrás dessa família, orienta essa família, responsabiliza... (S.3); Questionando sempre a família, não só o Serviço Social deve fazer isso, mas toda a equipe, durante as visitas domiciliares, percebemos que muitas vezes a família é contra o usuário, não acredita no transtorno e a gente tenta mudar isso (S.8).*

Parcerias com outras instituições: agrupou as respostas que valorizaram a importância das parcerias com outras instituições como as escolas, a justiça, ONGs e outras. Como pode ser visualizado nas falas: *Buscando representações junto ao*

Ministério Público, a Curadoria do cidadão e Conselho tutelar (S.28); A partir de uma interlocução melhor, mais eficaz com a justiça e com a ação social (S.32).

Criar uma associação de defesa dos direitos: reuniu as respostas que enfatizaram a importância da criação das Associações dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental. São exemplos: *Acredito que só com a fundação de associações, associação de usuários e familiares (S.14); Tentando provocar nos usuários uma partida para buscarem seus direitos, incentivando a criação das associações, pois os maiores beneficiários são eles mesmos(S.34).*

Necessidade de valorização profissional: atenta para a necessidade de valorização dos profissionais dos CAPS, apontando à má remuneração, os recursos escassos, a falta de profissionais para compor a equipe, conforme enfatizado nas falas a seguir: *Se faz necessário também que os profissionais sejam mais reconhecidos, mais valorizados, reconhecimento que passa pela questão financeira, somos mal remunerados, é preciso para que haja mais motivação (S.5);para isso precisa de carro, transporte e profissionais, sem fica difícil, estamos sem educador físico, faltam profissionais (S.11).*

Outras: Nesta categoria estão as respostas que abordaram que precisa ser feito um trabalho mais ativo, ter assistência jurídica e realizar a conferência de saúde mental. São exemplos dessas respostas: *Ter uma assistência jurídica (S.35); dar continuidade às conferências de saúde mental (S.44).*

Na tabela 7 é possível visualizar que a maior frequência foi observada para as respostas enfatizaram que o CAPS pode defender os direitos humanos a partir da *divulgação e conscientização dos direitos*. Logo em seguida destaca-se a importância da *prática profissional*, da *atuação em espaços sociais*, do *trabalho ativo com as famílias*, das *parceiras firmadas com outras instituições*. As demais categorias apresentaram um número menor de citações.

Tabela 7: Frequências absoluta e relativa das respostas a pergunta: Como um serviço de saúde mental como esse pode defender e promover os DH? (N=97)

Resposta	F	%
Divulgação e conscientização dos direitos	30	30,9
Prática profissional	25	25,7
Atuação em espaços sociais	14	14,4
Trabalho ativo com a família	08	8,2
Parcerias com outras instituições	08	8,2
Criar uma associação de defesa dos direitos	04	4,1
Necessidade de valorização profissional	04	4,1
Outras respostas	04	4,1

$\chi^2 = (7 \text{ N}=97) 59,45; p < 0.001$

- Quanto a utilidade das instituições

Com o objetivo de avaliar a importância de algumas instituições para o portador de transtorno mental na visão dos profissionais foi apresentada uma escala, onde os participantes marcaram numa escala de 1 (completamente inútil) a 4 (completamente útil), as instituições: *Família, Hospital Psiquiátrico, Associação de Profissionais de Saúde Mental, Partidos Políticos, Associações Esportivas, Religião, Bancos, Planos de saúde, Televisão, Jornais, Hospitais e Escola.*

No que se refere a tal medida, a partir de uma análise do lambda 2 de Guttman, observou-se um escore de 0,78, condição que garante a consistência da medida em relação ao que se pretendeu avaliar.

Na tabela 8, são apresentados os resultados sobre a utilidade de cada instituição e organização social como apoio para o portador de transtorno mental. É possível observar,

hierarquicamente (ver o destaque em negrito), que a família, a escola, os hospitais, as associações de profissionais e os jornais, apresentaram médias muito próximas ao nível máximo da escala de medida, a qual atribuía alta importância. As demais entidades tiveram médias menores, mas, mesmo assim, foram representadas, relativamente, em um espaço próximo ao meio da escala, condição que mereceria refletir, também, sobre a importância delas para o apoio do portador de transtorno mental.

Tabela 8: Análise descritiva da utilidade das instituições para apoio ao portador de transtorno mental (N=60).

Instituições	Mínimo	Máximo	Média	DP
A Família	3	4	3,85	0,36
O hospital psiquiátrico	1	4	2,45	0,96
Associação de profissionais	2	4	3,35	0,61
Os partidos políticos	1	4	2,65	0,94
Associações esportivas	1	4	3,03	0,66
A religião	2	4	3,13	0,60
Bancos	1	4	3,02	0,62
Planos de saúde	1	4	3,17	0,62
Televisão	2	4	3,12	0,45
Jornais	2	4	3,25	0,47
Hospitais	2	4	3,47	0,57
A escola	2	4	3,77	0,47

Foi apresentada a questão: *Em relação às entidades abaixo relacionadas, o quanto você considera que cada uma delas deve cuidar para que os direitos dos portadores de transtorno mental sejam respeitados?* Nesta, solicitou-se aos profissionais que indicassem o grau com que cada uma das entidades: *a família, o próprio doente, o governo, os profissionais, você mesmo, este serviço e cidadãos brasileiros*, deveria contribuir (nível abstrato) para que os direitos dos portadores de transtorno mental fossem respeitados. Em relação a esta medida, observou-se um lambda 2 de Guttman de 0,82 o que garante a consistência de mensuração da escala neste estudo.

Na questão seguinte: O quanto cada uma das entidades abaixo indicadas cuida, de fato, dos Direitos do portador de transtorno mental? foi solicitado que os participantes avaliassem o quanto cada uma dessas instituições contribui de fato (nível concreto). Nas duas questões os graus de responsabilidade que deveriam ser assinalados obedeceram à seguinte ordem: *Nada, pouco, mais ou menos, muito e muitíssimo*. Vale destacar que na referida escala, observou-se um λ^2 de Guttman de 0,78; indicador este, que garante a consistência da medida.

Para verificar as diferenças entre as médias das respostas dos profissionais quanto ao nível abstrato (deve) e concreto (de fato), no que diz respeito a importância das entidades para o cumprimento dos direitos dos portadores de transtorno mental, calculou-se um teste t para amostras emparelhadas.

Os resultados obtidos indicam que todas as médias das respostas dos profissionais foram maiores no nível abstrato quanto ao cumprimento dos direitos dos portadores de transtorno mental quanto comparado às médias no concreto. No nível abstrato, houve uma hierarquia nas médias das respostas dos profissionais em relação à importância das entidades. Esta hierarquia ocorreu da seguinte forma: o governo (Média = 3,85) apresentou maior média nesse grau de importância, seguido dos profissionais (Média = 3,73), você mesmo (Média = 3,70), o serviço de saúde mental (Média = 3,68).

A título de informação adicional aos resultados, mesmo que as médias do nível concreto tenham sido menores em comparação com as do nível abstrato, é preciso salientar que, no nível concreto, existe uma hierarquia nas médias, as quais sugerem reflexões práticas, por exemplo: as médias maiores estiveram para o serviço de saúde (Média = 2,75), seguindo por você mesmo (Média = 2,67) e os profissionais (Média = 2,38). Conforme descrito na tabela 9.

Tabela 9: Análise descritiva e comparações emparelhadas das avaliações a respeito da importância das entidades para o cumprimento dos direitos dos portadores de transtorno mental (N=60)

Entidades	Abstrato				Concreto				T	Gl	p<	d
	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP				
A família	2	4	3,63	0,52	0	4	1,67	0,80	15,933	59	0,001	4,74
O próprio doente	2	4	3,40	0,59	0	4	1,43	0,85	15,115	59	0,001	3,94
O governo	3	4	3,85	0,36	0	4	1,68	0,75	21,387	59	0,001	8,06
Os profissionais	3	4	3,73	0,45	1	4	2,38	0,64	13,453	59	0,001	4,73
Você mesmo	3	4	3,70	0,46	1	4	2,67	0,68	11,237	59	0,001	3,27
Este serviço	3	4	3,68	0,47	1	4	2,75	0,80	8,246	58	0,001	2,48
Cidadãos brasileiros	3	4	3,63	0,49	0	4	1,50	0,93	16,822	59	0,001	4,71

Com o objetivo de avaliar o quanto algumas entidades poderiam contribuir para que haja uma mudança no tocante a ressocialização e cidadania do portador de transtorno mental, foram elaboradas duas questões, as quais foram aplicadas aos respondentes: na primeira delas foi solicitado que marcasse dentre as opções: *nada, pouco, mais ou menos, muito ou muitíssimo*, o quanto as opções: *Participação dos usuários em associações, atividades culturais fora do serviço, oficinas terapêuticas, atitudes dos profissionais, capacitações e cursos, este serviço e ações do governo* podem contribuir (nível abstrato); na segunda questão foram apresentados os mesmos itens e os participantes foram solicitados a avaliar o quanto de fato contribuem (nível concreto).

Em relação a primeira questão é destaque na referida escala, a observação de que o lambda 2 de Guttman foi de 0,78, podendo afirmar que tal escala é consistente. Na segunda escala observa-se que o lambda 2 de Guttman foi de 0,88, condição que também garante o poder de mensuração dessa escala.

Na tabela 10, são apresentadas as diferenças entre as médias das respostas dos profissionais quanto ao abstrato e concreto no que diz respeito a contribuição das atividades apresentadas para que haja uma mudança no tocante a ressocialização e cidadania do portador de transtorno mental. Sendo assim, através de um teste t para

amostras emparelhadas é possível observar que todas as entidades no nível abstrato apresentaram médias maiores do que as observadas no nível concreto.

Destaca-se de maneira mais específica, que no nível abstrato, as médias maiores estiveram para as entidades de capacitações (Média = 3,78), ações do governo (Média = 3,70) e atitudes profissionais (Média = 3,70), o serviço de saúde (Média = 3,67) e as oficinas terapêuticas (Média = 3,67).

Os resultados no nível concreto revelaram médias menores do que as encontradas no nível abstrato. As médias, hierarquicamente, maiores estiveram para: Oficinas terapêuticas (Média = 2,85), serviço de saúde (Média = 2,80), atitudes profissionais (Média = 2,75).

Tabela 10: Análise descritiva e comparações emparelhadas sobre a contribuição das atividades sociais para ressocialização dos portadores de transtorno mental (N=60)

Entidades	Abstrato				Concreto				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> <	<i>d</i>
	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP				
Associações	3	4	3,49	0,50	0	4	1,73	1,18	11,487	58	0,001	2,97
Atividades culturais	2	4	3,60	0,56	0	4	2,17	1,11	9,264	59	0,001	2,32
Oficinas	3	4	3,67	0,48	1	4	2,85	0,84	7,411	59	0,001	2,06
Atitudes profissionais	2	4	3,70	0,50	1	4	2,75	0,86	8,635	59	0,001	2,23
Capacitações	3	4	3,78	0,42	1	4	2,68	1,07	7,856	59	0,001	2,49
Este serviço	3	4	3,67	0,48	1	4	2,80	0,84	7,527	58	0,001	2,18
Ações do governo	2	4	3,70	0,50	0	4	1,83	0,94	13,005	59	0,001	3,99

- Quanto ao nível de envolvimento com os DH

Para avaliar o nível de envolvimento com os direitos humanos, identificando os níveis: pessoal abstrato, pessoal concreto, governamental abstrato e governamental concreto; foi, então, aplicada a escala de envolvimento com os Direitos (Spini & Doise, 1998).

Esse instrumento consiste na apresentação da frase *No que diz respeito aos direitos humanos em geral marque a alternativa*, sendo apresentadas os itens: *eu devo fazer muito*

para aplicação desse direito, o governo brasileiro investe de uma maneira concreta para fazer aplicar esse direito, eu me empenho suficientemente na aplicação desse direito, o governo brasileiro deve fazer muito para aplicação deste direito, tenho uma parte de responsabilidade na aplicação deste direito, o governo brasileiro empenha-se suficientemente na aplicação deste direito, eu invisto de uma maneira concreta para fazer aplicar este direito e o governo brasileiro tem uma parte de responsabilidade na aplicação deste direito. A cada item foi solicitado que o profissional marcasse uma das alternativas apresentadas, que variavam de *discordo totalmente* a *concordo totalmente*.

Em relação a essa medida, como dado adicional, efetuou-se uma análise do lambda 2 de Guttman, onde foi obtido um escore de 0,68.

Na tabela 11, pode-se observar o resultado em relação ao nível de envolvimento com os DH dos profissionais de saúde. Observa-se que a dimensão abstrata (deve se envolver) obteve média próxima do valor máximo (8), tanto no nível governamental quanto pessoal. Já na dimensão concreta há um decréscimo nessas médias, tanto no nível pessoal quanto o governamental. As maiores diferenças foram visualizadas no nível governamental abstrato e concreto, demonstrando a disparidade que há entre o governo deve fazer e o que de fato faz.

É válido destacar ainda que concretamente os profissionais se julgam mais envolvidos que o governo.

Tabela 11: Estatísticas descritivas e comparações emparelhadas dos níveis de envolvimento com os direitos humanos (N=60)

Níveis	Abstrato				Concreto				<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> <	<i>d</i>
	Mín	Máx.	Média	DP	Mín	Máx.	Média	DP				
Pessoal	5	8	7,33	0,82	2	8	6,23	1,56	-5,798	59	0,001	-0,86
Governamental	4	8	7,38	0,88	0	7	4,17	1,80	-12,898	59	0,001	-2,03

- *Doença mental e sociedade*

Com o objetivo de avaliar as mudanças advindas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, os participantes foram questionados: *Você acha que tem mudado algo na forma como a doença mental é vista pela sociedade?* 93% dos respondentes afirmaram que sim, enquanto apenas 7% respondeu que não. Aos que responderam sim, houve uma pergunta complementar: *De que forma?* As categorias provenientes da análise de conteúdo são apresentadas a seguir.

Reforma Psiquiátrica: Esta categoria agrupou as respostas que abordaram que as mudanças têm ocorrido principalmente devido ao redimensionamento da proposta de tratamento, que deixa de ser realizado especificamente nos hospitais psiquiátricos e passa ser realizado nos CAPS, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. São exemplos dessas respostas: *De acordo com a Reforma Psiquiátrica, ela vem se instaurando, trabalhando junto a sociedade (S.2); criação do projeto CAPS propiciou uma mudança muito grande. O tratamento mudou, a sociedade também passou a ver de outra forma (S.9).*

Reinserção social: Nesta categoria estão as citações de que as mudanças são perceptíveis a partir da reinserção social dos portadores de transtornos mentais nos diversos espaços sociais: escola, trabalho, igrejas e outros. Destacam-se as respostas: *Já aceitam mais nas suas casas (quando estão estabilizadas), algumas já trabalham, hoje em dia elas convivem mais na sociedade (S.7); Ele é mais aceito na sociedade, sendo mais incluído no meio social (S.36); Os usuários quando criança estão na escola, quando adultos já trabalham, ainda é pouco, mas há uma mudança, em passos lentos e o preconceito diminuiu (S.51).*

Divulgação de informações sobre os transtornos psíquicos: Reuniu as respostas que enfatizaram que a mudança vem ocorrendo a partir de uma maior divulgação sobre o

transtorno mental e a tentativa de desmistificá-lo. São exemplos dessas falas: *muda quando começa a divulgar de que forma essas pessoas podem ser cuidadas, seus direitos, o que eles podem fazer, mesmo tendo a doença (S.5). Antigamente quando se falava em louco, todo mundo tinha medo (era um processo de exclusão); hoje as pessoas entendem que é uma doença (S.55); Existem muitas pessoas com medo de lidar com o desconhecido, há mais cautela, depois da divulgação o louco já é considerado capacitado para muita coisa (S.60).*

Discriminação: Nesta categoria estão reunidas as respostas que afirmaram que a discriminação e o preconceito ainda são muito fortes, mesmo que sejam percebidas algumas mudanças. Conforme observado nas falas a seguir: *A sociedade ainda hoje, mesmo depois da reforma ainda chama o usuário de doido, isso dói, não dói? Na própria rua, em casa, a sociedade não vê o usuário como gente (S.4); As pessoas continuam discriminando, tendo medo, excluindo, segregando. O hospital da cidade continua crescendo, foi ampliado. Sentimos a dificuldade até quando encaminhamos um usuário para um curso, ele sempre é visto como difícil, daí não ficam, desistem as pessoas tem dificuldade em acolher, eles não querem ficar onde não sejam bem vindos (S.10).*

Diminuição do preconceito: Agrupou as respostas que avaliaram positivamente as mudanças ocorridas, enfatizando que houve uma diminuição no preconceito e na discriminação social. Destacam-se as seguintes respostas: *Houve um depoimento de um usuário daqui que disse “a gente aqui no CAPS é gente, mas a gente lá fora daqui não é gente”. Eles adoram aqui, eles ficam muito satisfeitos quando fazem algo que são valorizados, o preconceito tem diminuído (S.3); Creio que o preconceito têm diminuído, que a sociedade consegue ter um olhar menos excludente (S.19).*

Participação da família: Inclui as respostas que afirmaram que as mudanças podem ser constatadas a partir de uma maior aceitação da doença e uma participação familiar

mais efetiva no tratamento. Conforme observado nas falas: *O portador de transtorno mental vivia no isolamento, a família se envergonhava, hoje ainda existe, mas há mais conhecimento, mais aceitação que antes (S.13); As próprias famílias passaram a ter outra visão (socializar, melhorar). Vem atrás de auxílio, melhora (S.37).*

Mobilização dos profissionais: Reuniu as citações que mencionaram que a mudança tem ocorrido principalmente pelas atitudes dos profissionais, que, atualmente, possuem uma participação mais ativa, a partir de mobilizações e militância em prol da Reforma Psiquiátrica. É possível observar respostas dessa categoria nos exemplos a seguir: *O indivíduo é visto como um todo, a equipe é multiprofissional, na perspectiva da reinserção social. Há uma escuta mais ativa (S.11); Na questão do atendimento e acolhimento à pessoa portadora, a visão dos profissionais mudou a saúde mental em si (S.53); Através do investimento que os profissionais vêm fazendo nos CAPS, a medida contribuído, principalmente no caso das drogas (S. 57).*

As frequências de respostas às categorias acima mencionadas estão apresentadas na tabela 12. Observa-se que a maior parte das respostas indica que a mudança ocorreu principalmente a partir da Reforma Psiquiátrica, destacando a importância desse movimento, em seguida destacam-se a reinserção social e a divulgação de informações sobre os transtornos psíquicos. Com uma frequência menor destacaram-se as respostas que mencionaram que há a mudança é percebida a partir de uma diminuição do preconceito, de uma maior aceitação e participação das famílias e de uma mobilização mais ativa dos profissionais.

Tabela 12: Frequências absoluta e relativa das respostas dos profissionais sobre as mudanças na forma como a doença mental é vista pela sociedade.

Respostas	F	%
Reforma Psiquiátrica	25	29,5
Reinserção Social	12	26,5
Divulgação de informações	12	13,3
Diminuição do preconceito	06	10,2
Participação da família	05	7,4
Mobilização dos profissionais	05	7,4
Não respondeu	01	1,3

Nota: χ^2 (7 N= 76) = 39,78; $p < 0,001$

7.3 Discussão da Análise Semântica e Análise Estatística

Em relação ao primeiro objetivo deste estudo perguntou-se aos profissionais de saúde mental quais os direitos que eles conhecem. Nas suas respostas observou-se que os *direitos de saúde* são os mais conhecidos, seguidos dos *direitos de educação* e *direitos de grupos específicos* (Criança e Adolescente, Direitos da Mulher e Direitos do Idoso), ambos numa proporção semelhante e que em seguida, destacaram-se os direitos de *liberdade*, a categoria *outros*, *cultura e lazer*, *trabalho*, *benefícios do governo*, *direito à alimentação*, *moradia* e *igualdade*. É possível vislumbrar que embora esses direitos não sejam específicos do portador de transtorno mental, estes, têm se configurado como os direitos mais desrespeitados. Durante os longos anos de internação psiquiátrica, os doentes mentais tiveram seus direitos de liberdade e respeito ‘negados’, conseqüentemente, privados de espaços e práticas de sociabilidade e cidadania, por exemplo: cultura, lazer, trabalho, moradia, etc. Note-se que na pesquisa de Ventura,

Moras e Jorge (2013), realizada com profissionais de um CAPS de São Paulo, os sujeitos também mencionaram os direitos à liberdade e à proteção da vida destas pessoas.

É relevante destacar, que a categoria *Direitos do portador de transtorno mental* apresentou apenas cinco citações (2,5%). Supõe-se que no cotidiano dos serviços tipo CAPS, dentro de uma nova política de atendimento que prioriza os DH, esse número deveria ser superior, considerando o investimento institucional dos serviços CAPS em políticas que busquem esses direitos e o tempo de atuação desses profissionais. Ademais, as categorias citadas, como o direito a votar, direitos do consumidor, ter um código de ética, parecem distanciar-se do conhecimento que os participantes deveriam possuir e colocar em prática, em relação ao portador de transtorno mental.

No estudo realizado por Doise e Herrera (2004) com profissionais de diferentes categorias (jornalistas e funcionários de uma rede de televisão) e estudantes, os direitos mais conhecidos foram relacionados a algum artigo da DUDH, com maior frequência para liberdades políticas e públicas, igualdade, direitos da pessoa e direitos econômicos, sociais e culturais. Os resultados observados nesta tese diferem do estudo de Doise e Herrera (2004), pois, em relação às frequências, os profissionais de saúde mental priorizaram um maior número de citações dos direitos sociais (saúde e educação).

Os direitos mais citados na presente pesquisa se configuram como os direitos de segunda geração, de acordo com a perspectiva de Bobbio (1992). Os direitos de segunda geração decorrem das lutas de classes, das conquistas da classe operária no século XIX, em vista da afirmação de que o Estado deve não apenas se omitir em praticar atos lesivos a esfera de direitos humanos, mas também promover e salvaguardar situações de direitos humanos relacionadas à vida digna: trabalho, educação, saúde, moradia, dentre outros.

Esses resultados podem ser discutidos, tomando como orientação o estudo desenvolvido por Santos (2009) com funcionários de uma instituição de ressocialização

de menores infratores em João Pessoa- PB. Na pesquisa desse autor, os direitos mais conhecidos também foram Saúde e Educação, mesmo que se diferenciem as frequências destes direitos nas duas pesquisas, nota-se que os DH mais conhecidos têm sua base em direitos do cotidiano, ou ainda, são aqueles DH mais socializados através da mídia. Isto direciona a compreensão destes resultados, independente da amostra, que conhece muito pouco dos direitos específicos aplicados a cada contexto social, especialmente, em relação à saúde mental.

Note-se que como no estudo realizado por Brito (2011), os profissionais de saúde mental, responderam conhecer os direitos, mas, no entanto não conseguiram explicitá-los, sentindo muito dificuldade em enumerar quais os direitos conhecidos. Quando estimulados os entrevistados citaram os direitos de ir e vir, direito à informação e o direito a um tratamento humanizado. Direitos esses semelhantes às respostas dos participantes na presente pesquisa, além disso, na presente tese observou-se que apesar de afirmarem que conhecem os DH, os respondentes também demonstraram algumas dificuldades em citá-los. O que demonstra o quanto o campo dos direitos humanos é ainda pouco conhecido por esses profissionais.

Ao avaliar os resultados sobre as fontes de conhecimento dos DH, é destaque que as respostas mais citadas foram a *mídia*, os *cursos específicos* e o *local de trabalho*. Provavelmente, os direitos mais conhecidos pelos participantes são os mais divulgados nos meios de comunicação e os mais abordados nos cursos de capacitação, posto que os participantes são profissionais de saúde e neste espaço profissional, foram realizadas especializações em saúde mental, eventos comunitários e outras ações englobando a perspectiva da Reforma Psiquiátrica. No estudo realizado por Fernandes e Camino (2006) e por Santos (2009), destaca-se que a maior fonte de informação sobre DH, também, foi a mídia, entretanto, apresentou uma diferença em relação a segunda maior fonte de

informação, indicando a família no estudo de Fernandes e Camino(2006) e o local de trabalho, na pesquisa de Santos (2009). Poucas respostas mencionaram a universidade e os cursos de graduação, o que os leva a supor que as discussões que envolvem a temática direitos humanos no ensino superior parece insipiente.

No que se refere ao conhecimento que os participantes possuem sobre a lei 10.216 a maioria dos profissionais (90%) afirmou conhecer a Lei 10.216, sendo que alguns participantes não souberam responder qual a avaliação fazem da mesma. Esperava-se que os profissionais não apenas conhecessem a Lei, mas discorressem sobre uma quantidade maior de aspectos dessa legislação, posto que esses profissionais foram capacitados em suas especializações ou a partir das informações dos responsáveis pelos sistema de saúde local, por perspectivas que englobam a Reforma Psiquiátrica, a legislação em saúde mental e a reabilitação psicossocial. Espera-se que essa lei não apenas seja conhecida pelo profissional de saúde mental, mas que esta oriente as suas práticas em saúde mental. Além do mais não basta apenas conhecer ou referir os direitos, é preciso atuar, praticando-os.

Tais resultados podem ser compreendidos, considerando a legislação em saúde mental, a partir das considerações de Brito (2011) ao salientar que não basta a existência da Lei, para a garantia de que os direitos sejam cumpridos, reforçando que o conhecimento da legislação é de suma importância para a implementação efetiva da lei, sendo necessário, portanto, promover ações de conscientização direcionadas aos profissionais de saúde mental sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, enfatizando as mudanças trazidas pela Lei 10.216.

Ao exporem o que acham da Lei 10.216, percebe-se que a maioria dos participantes realizou uma *avaliação positiva da Lei*, em proporção semelhante aos que realizaram *Críticas a Lei* e ao seu cumprimento e apenas um participante salientou que na prática a *Lei é cumprida*. Algumas respostas evidenciaram que *a Lei precisa ser mais divulgada*,

principalmente através da mídia, corroborando com o já observado nas respostas anteriores, onde a mídia é considerada uma importante fonte de conhecimento dos DH. E outros participantes reforçaram a importância da Lei para a *implantação dos Serviços de Saúde Mental*, como o CAPS.

Percebe-se que assim como foi avaliada positivamente pelos participantes, ao englobar as possibilidades de reinserção social, a regulamentação dos direitos e a conquista que representa para os portadores de transtornos mentais, os aspectos negativos foram ressaltados a partir dos relatos que abordaram que a lei apresenta lacunas ou não é cumprida. Dessa forma discute-se que a Lei, dentro das suas formulações parece contemplar alguns aspectos que regem os direitos dos usuários, porém na prática não é exercida.

No que se refere a essas críticas, De Tilio (2007) tece alguns comentários e discute que mesmo com os avanços assegurados após a promulgação da lei 10.216 (Brasil, 2001), diferente da legislação italiana (Lei Basaglia), a lei brasileira não extinguiu a característica de periculosidade que o portador de transtorno mental supostamente possuiria, pois segundo os códigos penais e civis o portador de transtorno mental poderia a qualquer momento - devido a seu desajuste - cometer atos contra si próprio ou contra as relações sociais contratuais. Com isso, salienta-se que podem ser consideradas as falhas na legislação, mas o fato da mesma não ser cumprida, agrava ainda mais essa problemática.

Uma parte da amostra informou que não sabia responder, esperava-se que a quantidade de profissionais que assim responderia seria mínima, conforme já mencionado, se configurou como requisito de seleção para o trabalho nesses serviços realizar as capacitações sobre a Reforma Psiquiátrica, oferecidas pelo município, que englobaram entre outros aspectos, a legislação em saúde mental.

A necessidade de divulgação da lei também foi contemplada nas respostas dos participantes. A importância dessa divulgação foi destacada nas reflexões de Delgado (2011), ao afirmar que a questão central se refere ao desafio do protagonismo dos usuários, familiares e da sociedade como um todo no debate da saúde mental, por isso precisam conhecer a Lei e dela se apropriar. De acordo com o autor, a Lei permitiu uma mudança da direção do debate. O debate da Saúde Mental não é mais, como não deve ser, uma discussão de especialistas. Os especialistas, sejam do Direito, sejam da Psiquiatria, da Saúde Mental, da Psicologia, da Psicanálise são atores importantes e parte integrante de um debate que é da cidadania, da sociedade. Está lançado o desafio de fazer com que o conhecimento técnico e científico seja apreensível por todos, no sentido de aumentar a autonomia da sociedade, dos pacientes, dos familiares, da sociedade como um todo.

Sobre a divulgação da Lei, Emerich (2012) afirma que oferecer informação acerca dos direitos dos usuários é necessário, mas não mostra-se suficiente, pois não garante a emergência ou nascimento de um sujeito de direitos. O sujeito de direitos é aquele que tem a experiência de direitos encarnada e que é reconhecido pelo outro como tal. É também necessário que o usuário dos serviços de saúde mental seja legitimado como um sujeito de direitos cuja vontade e decisão devem ser consideradas pelos profissionais de saúde e pela comunidade. Ou seja, o exercício dos direitos passa pela esfera da informação, mas não se limita a ela, se faz então necessário o conhecimento dos direitos por parte dos profissionais e da sociedade, a divulgação desses direitos e a participação ativa na conscientização desses direitos e busca pela sua efetivação, por parte dos usuários e suas famílias. O que parece claro, a partir desses dados e de outras respostas encontradas na presente pesquisa é que os profissionais às vezes parecem não conhecer a necessidade dessa participação ativa e outras vezes parecem conhecer, mas não efetivar nas suas práticas tal participação.

A outra categoria que abordou que a Lei possibilitou a abertura dos serviços de saúde mental também foi apresentada, sendo que com uma frequência menor de citações. Para Delgado (2011) essa foi a maior contribuição da legislação, posto que logo após sua aprovação, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, e, meses depois, uma medida da gestão pública do SUS determinou que recursos financeiros específicos fossem encaminhados para implantação da rede territorial. Assim a portaria 336, de fevereiro de 2002 (Brasil, 2004), criou as diversas modalidades de CAPS e instituiu o CAPS infanto-juvenil, pois não havia uma política específica para crianças e adolescentes.

Sobre a implantação dos novos serviços e rompimento com a perspectiva de atendimento oferecida anteriormente, de forma geral, os profissionais que estão sob essa nova perspectiva de atendimento, pautada na Reforma Psiquiátrica, procuraram demonstrar a ruptura com o modelo centrado no hospital psiquiátrico, instituição esta que foi alvo de diversas críticas. Entre inúmeros autores que têm estudado o tratamento realizado nas instituições psiquiátricas, De Tilio (2007), ressalta que depois de internados nessas instituições, os portadores de transtornos mentais, não raramente, foram sujeitos às ordenações e práticas que visavam exclusivamente demarcar a disparidade de poder entre aqueles que “tratam” e os que são “tratados”, instituindo um tipo de violência e exclusão “justificada” pelo saber psiquiátrico sobre os que necessitam de atendimento: o interno deveria aceitar passivamente sua diferença em relação à normalidade e às práticas que lhe eram impostas, com o objetivo de curar a doença.

Esta afirmativa é reforçada por Brito (2011) quando, ao realizar uma observação participante em uma instituição psiquiátrica, revelou situações destoantes da proposta da Reforma Psiquiátrica, por exemplo: a ausência familiar no tratamento, a não participação da comunidade e o isolamento dos internos.

Ao serem questionados se falam sobre DH aos usuários dos serviços de saúde mental, os dados revelaram que apenas 31% da amostra respondeu que fala muito, metade da amostra respondeu que mais ou menos e 19 % afirmaram que falam nada ou pouco. Se os profissionais de saúde mental parecem reconhecer a importância da divulgação e conhecimento da legislação para que os usuários e suas famílias possam dela se apropriar e lutar pelo cumprimento dos seus direitos, surge a indagação: porque os direitos não são disseminados e discutidos com maior frequência no cotidiano dos serviços? Os dados revelaram ainda que apenas os profissionais do CAPS III responderam que existe uma atividade específica que aborda a temática Direitos Humanos, denominada Oficina de Cidadania.

Embora para que ocorra a divulgação e informação acerca dos direitos, não haja a necessidade de uma atividade específica para tal, uma Oficina de cidadania pode direcionar esse processo. Ventura, Moraes e Jorge (2013) pontuam que durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, o usuário e seus familiares devem ser devidamente informados sobre seus direitos. O Estado deve, também, se responsabilizar pela efetivação e pelo desenvolvimento de políticas que viabilizem o alcance da reinserção social do portador de transtorno mental, sendo que tais condições devem estar associadas na prática do profissional.

Se o profissional de saúde mental deve atuar como coadjuvante na luta pelos direitos dos usuários, o mínimo que se espera enquanto tal é o conhecimento da lei, dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e a disseminação das informações.

Quando foram avaliadas as respostas em relação ao nível de empenho dos profissionais para aplicação dos DH, 96% dos profissionais responderam que se empenham o bastante para aplicação dos DH. Esses dados parecem divergir dos

resultados expostos no parágrafo acima, onde apenas 1/3 dos participantes afirmou falar sobre DH aos usuários do serviço.

Mais uma vez é destaque o papel da divulgação dos direitos, posto que foi a forma pela qual os profissionais responderam mais se empenhar. Um número significativo de respostas também evidencia que os participantes se empenham oferecendo um tratamento digno ao usuário. As respostas nessa última categoria devem ser salientadas, posto que esse empenho foi destacado apenas em relação ao cuidado no tratamento e em atribuições, consideradas obrigatórias dentro do atendimento no sistema de saúde, tais como: oferecer um atendimento de qualidade, buscar soluções, estudar para conhecer o caso e outras.

Ações como informar e conscientizar o usuário do CAPS e familiares sobre seus direitos, bem como, a população em geral, demonstrando que são direitos necessários e importantes a todos, foram meios discutidos pelos entrevistados também na pesquisa realizada por Ventura, Moraes e Jorge (2013) para a concretização dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. A informação se configura como um elemento de relevância no âmbito do exercício dos direitos humanos, pois, desse modo, os sujeitos tomam conhecimento de seus direitos e deveres e começam a tomar decisões sobre suas vidas.

Para os autores supracitados, a cidadania e o processo de sua construção necessitam do acesso à informação, pois as conquistas de direitos políticos, civis e sociais e a responsabilização quanto aos deveres dependem da sua disseminação e circulação, “o que deve resultar em reflexões críticas quanto às questões sobre a construção de uma sociedade mais justa e com maiores oportunidades para os cidadãos”. (Ventura, Moraes e Jorge, 2013, p. 858).

Numa proporção inferior, a realização de um trabalho ativo com a família, o estudo e preparação do usuário para inserção social, também foram consideradas formas de empenho.

Em relação a essa temática, alguns profissionais justificaram sua falta de empenho levando em consideração aspectos que não poderiam ser considerados como limitantes, quando se trata de defender os DH, por exemplo: algumas respostas salientaram uma limitação política, a escassez de recursos e profissionais e o excesso de atividades.

A esse respeito os estudos realizados por alguns autores (Melo & Fugerato, 2008; Vasconcelos & Azevedo, 2010) também revelaram que há uma preocupação com os processos de trabalho, para que estes não se constituam como obstáculos ao atendimento na política da Reforma. Essas pesquisas demonstraram que a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos, a precariedade da rede de atenção e outros levam ao esgotamento e fragilidade das equipes.

No estudo realizado por Silva e Oliveira Filho (2013) com trabalhadores de dois CAPS de Recife- PE que teve como objetivo analisar as produções discursivas sobre o processo de atuação em equipe, foram identificados resultados que demonstraram a insatisfação dos profissionais ao mencionar alguns obstáculos tais como a delimitação de lugares, a diluição de saberes e a necessidade de formação profissional. Além disso os autores destacaram as precárias condições dos serviços de saúde mental visitados e o número escasso de profissionais, aspectos que possuem uma influência significativa na qualidade do atendimento oferecido.

A partir da consideração de que o CAPS se configura como um dispositivo estratégico dentro da política de saúde mental implementada pelo Ministério da Saúde, os participantes, ao serem indagados como um serviço como o CAPS pode defender os DH, estes salientaram que a forma mais eficaz seria a *divulgação dos direitos* e

conscientização dos usuários e suas famílias. Outra parte reforçou a importância da *prática profissional* da equipe que compõe o serviço. Esse dado destaca que o CAPS, como serviço da Reforma Psiquiátrica pode contribuir preparando o usuário e sua família na informação e na busca pelos direitos, o que reforça, mais uma vez, a necessidade de participação ativa dos profissionais envolvidos nesse processo.

Ainda foi mencionado o papel da atuação em *espaços sociais*. Como já preconizado pela Reforma Psiquiátrica, a inserção em diferentes espaços sociais, ou seja, o trabalho extra-muro, realizado na comunidade, conforme salienta Pitta (2011) é de suma importância para a inserção social dos portadores de transtornos mentais. A medida que o serviço abre suas portas, que diferentes espaços: uma praça, a comunidade ou mesmo a rua passam a ser ocupados, vai acontecendo o processo de desmistificação da doença mental, assim foi por exemplo, quando foi vivenciado em Campina Grande o projeto Domingo no CAPS. Diversas atividades culturais, esportivas, oficinas de artesanato, brechó e outras aconteciam na rua, organizadas pela equipe do CAPS, usuários, familiares e voluntários, com uma ampla participação da comunidade.

Numa frequência menor foi citado que o CAPS pode defender os DH a partir da realização de um *trabalho ativo com a família*, de *parcerias com outras instituições*, com destaque para importância da criação de *associações de defesa dos direitos*. Observa-se que essas respostas encontram-se todas situadas dentro da política da Reforma Psiquiátrica, que reforça a importância de romper com a lógica de atendimento anterior, centrada nos hospitais psiquiátricos, onde as famílias costumavam deixar os pacientes internos e não participar do tratamento, exigindo no novo modelo, a participação nos grupos de família, assembleias e ao legitimar as visitas domiciliares (Brasil, 2004).

O fato é que, o portador de transtorno mental precisa ter assegurado seu direito de ser tratado com dignidade e respeito, considerando o objetivo de recuperação e inserção

na família. Dessa forma, essa família passa a ter papel fundamental na reabilitação psicossocial, devendo ser parceira da equipe, participando ativamente do tratamento (Vechia & Martins, 2006; Brito, 2011). Como um processo amplo e complexo, na nova política da reforma, há também a valorização da intersetorialidade, esta, defende a importância da parceria entre diferentes órgãos, instituições e sociedade civil, para que os direitos sejam respeitados e cumpridos (Brasil, 2004).

As associações de direitos têm se configurado como um dispositivo importante no reclame da cidadania e direitos dos portadores de transtornos mentais. Em muitos municípios há uma luta ativa, com participação dos usuários, familiares e voluntários, que tem alcançado importantes conquistas (Pitta, 2004). Em Campina Grande, após 10 anos de Reforma Psiquiátrica e mudança na rede de serviços de saúde mental, ainda não foi implantada essa Associação. Esse é um fato relevante, supõe – se que se os usuários e suas famílias apresentassem conhecimento acerca da importância da Associação para busca e conquista dos seus direitos, se recebessem incentivo e orientação da equipe do CAPS, certamente teriam implementado algo nesse sentido.

Ainda sobre o papel dessas Associações, de acordo com Rodrigues, Brognoli e Spricigo (2006), as associações desempenham um papel relevante, pois, elas funcionam como espaço de formação e informação, construção de autonomia, pertencimento, instrumento político e empoderamento. Assim discutem: “...as associações constituem formas inovadoras de organização e participação política de uma clientela específica que estava ausente das discussões, formulações e implementações das políticas públicas, num campo político largamente dominado pelo discurso técnico” (p. 241).

Uma menor quantidade de respostas abordou a insatisfação de alguns profissionais, ao discutir a *necessidade de valorização profissional*, mencionando alguns aspectos, tais como: a baixa remuneração e o excesso de atividades desempenhadas.

Ao investigar a utilidade de cada instituição ou organização para o apoio ao portador de transtorno mental, fica claro que a *família*, a *escola*, os *hospitais*, a *associação de profissionais* e os *jornais*, são as instituições mais úteis. De forma mais específica (destacando apenas a instituição família), tais resultados corroboram alguns estudos que têm ressaltado a importância da família no cuidado e apoio ao portador de transtorno mental (Cirilo, 2006, Gonçalves & Sena, 2001). Porém, o motivo da escola aparecer como destaque, provavelmente, está alicerçado nas respostas dos profissionais que atuam nos serviços de atendimento infantil, ao reconhecer o espaço educacional como promotor da socialização da criança e, conseqüentemente, fomentador de uma melhor organização e estruturação do conhecimento sobre o portador de transtorno mental.

Neste sentido, a família também foi avaliada como fundamental para o tratamento do portador de transtorno mental na pesquisa realizada por Mielke et al. (2009) com profissionais de um CAPS de São Paulo. O cuidado para esses profissionais envolve ativamente a família do usuário, que é entendida como parte fundamental para a evolução satisfatória do usuário no paradigma psicossocial de atenção à saúde mental. Para esses autores, é consenso de que as famílias, quando recebem apoio e orientação adequados, têm condições de compartilhar seus problemas e tornam-se aliadas na desinstitucionalização e na reabilitação social do usuário. Os autores destacaram que é importante oferecer atenção e apoio a estas famílias, pois a reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias se tornam mais fáceis e rápidas quando os familiares acreditam que a melhora na condição de saúde do usuário é possível.

No que se refere aos hospitais, os profissionais avaliaram os hospitais gerais. Nestas instituições é realizado o atendimento clínico e onde devem ser instaladas as Emergências Psiquiátricas, dispositivos da Reforma Psiquiátrica, que se responsabilizam pela internação, na tentativa de substituição do hospital psiquiátrico. A associação de

profissionais se relaciona com a expectativa do papel ativo dos profissionais e possivelmente os jornais parecem estar associados à mídia, a qual é a maior fonte de informação sobre os DH, de acordo com a visão dos profissionais.

Merecem destaque, as instituições bancos e associações esportivas; elas estão inclusas de forma indireta no apoio ao usuário, pois, em relação aos bancos, o próprio usuário e/ou seus familiares frequentam tais instituições para a recebimento de bolsas dos programas sociais proposto pelo governo federal, como é o caso, do LOAS e do Programa de Volta para Casa- PVC .

É válido ressaltar que a menor média apresentada nas respostas dos profissionais foi quanto à utilidade do hospital psiquiátrico. Esse era um resultado esperado, já que frente a divulgação e implementação da política da Reforma Psiquiátrica, o hospital psiquiátrico sai do foco de importância no âmbito assistencial. Como preconiza a Reforma essa instituição deve ser progressivamente extinta, posto que tem se configurado como deflagradora dos direitos humanos no âmbito do tratamento em Psiquiatria. Tal resultado vai na mesma direção de estudos que têm demonstrado uma avaliação negativa, na concepção dos funcionários, pacientes ou seus familiares sobre o atendimento nessas instituições (Robortella, 2000; Cirilo, 2006; Kinker, 2007; Saraceno, 2001). Para os autores supracitados, o problema reside no caráter excludente dessas instituições, nos longos anos de internação dos pacientes, na falta de recursos terapêuticos, onde a possibilidade de mudança encontra-se na implementação de uma rede substitutiva de saúde mental.

Na avaliação sobre o quanto as entidades deveriam contribuir (nível abstrato) e de fato contribuem (nível concreto) para que os direitos dos portadores de transtorno mental sejam respeitados observou-se que no nível abstrato, os profissionais atribuíram ao governo a maior responsabilidade - quanto dever – do empenho para que os direitos dos

portadores de transtornos mentais fossem respeitados, seguidos da equipe profissional e do próprio profissional. Por outro lado, no nível concreto, o serviço CAPS, o próprio profissional e a equipe de profissionais foram avaliadas como as entidades que mais tem contribuído. Destaca-se que ao comparar as médias de respostas do nível concreto com o abstrato, este último, revelou médias superiores ao primeiro; merece salientar nestes resultados a diferença na avaliação do governo, nos níveis abstrato e concreto, o qual revelou que, na concepção dos respondentes, o governo deveria se empenhar nesse cumprimento, mas, na prática, pouco tem feito.

No estudo de Spini e Doise (1998), os universitários suíços consideraram que o governo do seu país deveria se envolver mais do que eles próprios na aplicação dos DHs; mas, no nível concreto, os mesmos acreditavam que estão envolvidos na mesma proporção que o governo na promoção desses direitos. A diferença do resultado observado na presente tese e no estudo de Spini e Doise (op. cit.) está na constatação de que o nível pessoal concreto foi superior ao nível governamental concreto, o que permite refletir que os profissionais da amostra do presente estudo se consideraram, na prática, mais envolvidos que o governo.

A título de informação adicional, em relação ao nível abstrato, merece destaque o dado de que todas as médias foram acima de 3, de uma escala de resposta máxima até 4; salientando que todas as entidades (por exemplo, a família, o próprio doente, o governo, os profissionais, você mesmo, este serviço e os cidadãos brasileiros) apresentaram uma contribuição significativa na luta pelos DH. No nível concreto, o CAPS apresentou maior pontuação, seguido de *Você mesmo* e *este serviço*, demonstrando que os participantes avaliam positivamente o trabalho realizado pelo CAPS e por eles próprios, enquanto profissionais de saúde mental, na busca pela efetivação dos DH. Os respondentes avaliaram a *família, o próprio doente, o governo e os cidadãos brasileiros* como as

entidades que menos contribuíram na luta dos DHs. A participação familiar, a falta de informação, o poder de contratualidade e autonomia dos usuários, os investimentos e ações realizados pelo Governo e a participação da sociedade civil e dos cidadãos brasileiros nesse processo se constituem como pontos de discussão que podem ter influenciado na avaliação dos participantes.

Além desses resultados comparando o nível concreto com o abstrato, observou-se que nenhuma das entidades apresentou médias semelhantes nos dois níveis, permitindo refletir não apenas na existência da diferença significativa em relação ao quanto todas essas entidades deveriam contribuir e no quanto tem contribuído na prática, mas, abordando uma perspectiva crítica é possível vislumbrar que, de uma forma geral, tais entidades pouco têm feito pela efetivação dos DH.

Quando questionados sobre o papel das atividades e ações que podem contribuir (nível abstrato) e de fato contribuem (nível concreto) para ressocialização do portador de transtorno mental, observou-se que no nível abstrato as respostas enfatizaram que as *capacitações*, as *ações do governo* e as *atitudes profissionais* apresentaram maior média. O *CAPS*, as *oficinas terapêuticas* e as *atividades culturais* vieram em seguida. As *oficinas terapêuticas*, o *CAPS* e as *atitudes profissionais* apresentaram as médias mais elevadas do nível concreto. As médias menores estiveram nas *Associações* e *Ações do Governo*, ou seja, alguns dispositivos que aparecem dentro da política da Reforma Psiquiátrica, como dispositivos essenciais a efetivação da política de saúde mental, foram observados, nesse estudo, como aqueles que, na prática, apresentaram menor contribuição. De forma geral, estes resultados parecem confirmar os resultados já encontrados nas questões abertas, avaliadas anteriormente, as quais apontaram para a importância das *Oficinas terapêuticas*, do *Serviço CAPS* e das *ações dos profissionais* para que os direitos dos portadores de transtornos mentais sejam cumpridos.

A esse respeito cabe discutir sobre a importância das Oficinas Terapêuticas. Essas oficinas são descritas pela portaria SNAS nº 189/1991 como atividades grupais que envolvem a socialização, a expressão e inserção social. Os resultados destacados no parágrafo acima parece confirmar a afirmação de Rauter (2000), para o qual, as oficinas, na proposta da Reforma Psiquiátrica, são entendidas como impulsionadores da construção de espaços sociais, objetivando que o usuário possa conquistar ou reconquistar seu cotidiano. Bem como, a pesquisa de Mielke et. al. (2009), que conceberam a possibilidade de inclusão social daqueles que sofrem com transtorno mental, somente por meio de atividades artísticas e artesanais realizadas através de oficinas terapêuticas.

Com o objetivo de avaliar os níveis de envolvimento com os DH, foi aplicada a Escala de Envolvimento com os Direitos, desenvolvida por Spini e Doise (1998). É possível observar que as respostas foram superiores na dimensão abstrata, com destaque para a diferença mais significativa, pautada nas dimensões concreta e abstrata em relação ao envolvimento do governo. Os profissionais acreditam que eles mesmos deveriam se empenhar no cumprimento dos direitos, assim como, o Governo, mas, concretamente ambos (profissionais e Governo) se empenham menos. Tais resultados convergem na direção dos resultados encontrados por Pereira e Camino (2003), em uma pesquisa realizada com estudantes, na qual, os autores observaram que os respondentes atribuíram um maior grau de responsabilidade na aplicação dos direitos humanos, no nível abstrato ao governo, embora no nível concreto, considerem-se mais envolvidos que o governo.

Comparando os estudos supracitados, ao estudo desenvolvido por Spini e Doise (1998), com estudantes suíços, os resultados foram diferentes dos encontrados na presente pesquisa. Para os suíços, o governo é quem mais se envolve com os DH. Resultados semelhantes foram observados em uma pesquisa realizada por Ventura, Moraes e Jorge (2013), ao avaliar a percepção de profissionais de saúde sobre os DH e seus meios de

efetivação. Apesar dos avanços políticos, os autores identificaram lacunas para a consolidação dos Direitos dos portadores de transtornos mentais, pois, de acordo com os participantes do estudo, a consolidação dos DH, poderia ser suprida, somente por meio do envolvimento da família, da sociedade e do governo.

Para a maior parte dos entrevistados existe uma mudança positiva na forma como a doença mental é vista pela sociedade e que a *Reforma Psiquiátrica* é a maior responsável por essa mudança. Os respondentes ainda, atribuem a mudança a partir da *Reinserção Social* e a *divulgação de informações*, as quais propiciaram um novo olhar sobre o fenômeno em questão. Porém, uma parcela menor dos entrevistados citou que, apesar dessa mudança, ainda há muita *discriminação social* e outros reforçaram que é perceptível a mudança, posto que *o preconceito diminuiu*.

Os resultados expressos no parágrafo acima, se embasam na afirmativa de Brito (2011). Para esse autor o processo de modificação do transtorno mental é lento e difícil, posto que a sociedade reforça cotidianamente atitudes como agressões, o distanciar-se, o preconceito, o medo e lança o desafio aos novos serviços de saúde mental ao considerar que os mesmos devem criar mecanismos de desmontar as crenças, valores e saberes que fortalecem a exclusão.

O estudo realizado por Jodelet (2001) ilustra essa questão. Após uma análise aprofundada do conteúdo das entrevistas realizadas com habitantes de uma comunidade, onde os doentes mentais viviam como pensionistas, a autora pôde constatar que havia inúmeras práticas de discriminação por parte dos moradores em relação aos doentes. Os participantes ao considerar seus hóspedes como estranhos e imprevisíveis, excluía-os sutilmente, marginalizando-os. Uma representação social da doença mental como uma ameaça afastava os habitantes da aldeia e os doentes.

A luta contra a discriminação é relevante no contexto da Reforma, pois considera-se que essa pode afetar o paciente portador de transtorno nas diversas áreas da vida, influenciar no acesso ao tratamento adequado, educação e mercado de trabalho. Esta proteção é uma obrigação fundamental dos DH, manifestada na DUDH, no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, na Convenção Interamericana sobre eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência, entre outros instrumentos(OMS, 2005).

Considera-se ainda que a reinserção social proposta pela Reforma Psiquiátrica está alicerçada nos princípios da Reabilitação Psicossocial. Neste sentido, a reabilitação é entendida como um conjunto de ações que visam a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental, e deve envolver todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade. Os CAPS possuem esse caráter reabilitador por serem serviços territorializados, utilizando espaços na própria comunidade, fazendo com que o usuário, portador de transtorno mental, retome sua posição frente à sociedade (Mielke et. al., 2009).

Pesquisas realizadas demonstram que o CAPS é conhecido pelos diversos atores como um serviço fundamental no processo de reabilitação. Usuários têm relatado conquistas relacionadas a autonomia na vida cotidiana, afetiva, social e econômica, associam o CAPS a diminuição das internações e ressaltam os aspectos positivos do serviço. Os familiares também relatam sentir-se acolhidos e veem o CAPS como ponto de apoio no cuidado ao seu familiar. Os profissionais tendem a apontar a função política do CAPS e chegam a mencionar que a participação proporcionada no âmbito dos serviços pode se constituir como um foco alternativo na formação de novas representações sociais da doença mental (Pacheco, 2011).

Um dos objetivos do trabalho realizado nos serviços de saúde mental é fazer com que a sociedade também participe do processo de reabilitação psicossocial do usuário, para que a inclusão deste aconteça de forma natural. O que vem a significar a mudança do olhar da sociedade para a pessoa doente: de incapaz para capaz, de louco para doente, de inútil para cidadão. Portanto é um processo que envolve construção de autonomia, liberdade e cidadania.

7.5 - Resultados da análise léxica (ALCESTE)

Foi realizada a análise léxica das questões abertas, referentes a 1) a Lei 10.216, 2) o conceito e as causas do transtorno mental, 3) a permanência ou mudança na forma pela qual a doença mental é vista pela sociedade, 4) a melhora das pessoas atendidas nos CAPS no tocante a ressocialização e a cidadania, 5) o conceito de Reforma Psiquiátrica, 6) o empenho do profissional de saúde mental para a aplicação dos direitos humanos e 6) como um serviço de saúde mental pode defender e promover os direitos humanos.

O tratamento dos dados identificou um corpus constituído de 60 UCI, totalizando 13691 ocorrências, sendo 2366 formas distintas, com uma média de 6 ocorrências por palavra. Para análise foram consideradas as palavras com ocorrência superior a 4 e com $x^2 \geq 3,84$. Após a redução do vocabulário às suas raízes foram encontradas 356 UCE. Para a elaboração do dendrograma [foram consideradas como referência as palavras com $x^2 \geq 5$ ($p < 0,025$) (ver Figura 1).

Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos									
Avaliação da Reforma				Ressocialização e Cidadania					
Classe 1		Classe 3		Classe 2		Classe 5		Classe 4	
50 UCE	16%	79 UCE	24%	48 UCE	15%	66 UCE	21%	76	24%
Crítica a assistência		Legislação		Causas da doença		Papel dos profissionais		Inserção Social	
χ^2	Palavra/Atributo	χ^2	Palavra/Atributo	χ^2	Palavra/Atributo	χ^2	Palavra/Atributo	χ^2	Palavra/Atributo
27	veja	23	loucura	13	usuário	17	tentativa	15	coisa
19	dificuldade	14	integração	12	comunidade	16	assembléia	13	inclusão
17	todo	14	fatores	11	família	14	doente	12	escola
16	quer	11	política	11	nega	12	dado	10	conhecimento
16	alcance	10	psiquiátrica	11	prioridade	12	cidadania	10	muita
16	realidade	9	estigma	11	perturbação	12	hospitalocên	10	hospital
14	sociais	9	compreensão	11	trazendo	11	vem	10	considera
11	atendimento	9	ressocialização	10	procura	10	grande	9	você
11	ativo	8	dinâmico	10	gente	10	paciente	9	continua
11	diferenciação	8	estratégicos	9	situação	8	tratamento	9	sentido
10	processo	8	política	9	melhor	8	humanizado	8	estado
9	especial	7	problema	8	começar	7	nova	8	geração
8	li	6	si	8	necessário	7	luta	6	rua
8	vai	6	educação	8	dependendo	7	excêntrica	6	pai
8	rompimento	6	terapêutico	6	perda	6	ambiente	6	esses
8	tinha	6	cultura	6	portador	6	dar	6	evolução
8	outros	6	representa	6	poder	6	forma	6	mudança
8	construção			6	forte	6	equipe	6	reinserção
7	mundo			6	houve				
7	precisa			6	acolhimento				
6	apenas			6	muito				
16	Evangélicos	43	CAPS II	52	Espírita	23	CAPSizinho	21	CAPS i
9	Psicólogos	18	Sem religião	21	Fisioterapeuta	9	Católicos	17	Casado
8	CAPS III	11	36 a 45 anos					16	Mais de 46 anos

Figura 1 : Dendrograma com a classificação hierárquica descendente (n= 60).

No que se refere à porcentagem de UCE em cada uma das classes, a classe que agrupou um maior número de UCE foi a classe 3, com 79 UCEs, detendo 24% do conteúdo analisado. A classe que agrupou o menor número de UCEs foi a classe 2, com 48 UCE e 15% de detenção. Das variáveis descritivas estudadas nessa pesquisa observa-se que as variáveis: idade, religião, profissão e local de trabalho (isto é, tipo de CAPS) apresentaram contribuições para a formação das classes, chamando atenção para a religião, tipo de CAPS e profissão, estas apresentaram maior influência, enquanto que a variável idade apresentou pouca influência e a variável sexo não apresentou contribuição para a forma das UCEs.

Sendo assim, considerando o conjunto das UCEs, o primeiro grupo, que contempla as classes 1 e 3, poderão ser categorizados como: **Avaliação da Reforma Psiquiátrica**, isto é, seus conteúdos fazem referência tanto as mudanças na assistência de saúde e reorganização na compreensão da estereotipia em relação ao portador de doença mental quanto ao conhecimento, aplicação e estabilidade dos DHs na saúde mental.

No que diz respeito ao segundo grupo, denominado **Ressocialização e Cidadania**, este aborda a condição do retorno do portador de saúde mental em relação ao envolvimento social e interpessoal, mas, não quanto a uma obrigação e imperativo de direito, e sim, em relação a sua condição de ser cidadão, independente do problema de saúde que este tenha. Nota-se que este grupo foi formado pelas proximidades entre as classes 2, 4 e 5, tendo observado, ainda, uma subdivisão relacionada as classes 2 e 5, vindo a denominar-se de **Tratamento**. Este subgrupo diz respeito a dimensão, específica, da doença e seu *nicho* de apoio, bem como, a atuação do profissional e instituição pública de saúde.

Especificamente, a classe 1, denominada *Críticas a assistência*, foi formada por 50 UCEs, correspondendo a 16% do *corpus léxico*. O Conteúdo desta classe foi formado por

palavras como: dificuldade, alcance, realidade, especial, rompimento. Contribuíram para formação dessa classe de palavras, os psicólogos, de religião evangélica e os profissionais que atuam no CAPS III. A título de informação podem ser observados os seguintes recortes de UCEs:

Um olhar diferente, um cuidar diferenciado, o usuário precisa de atenção e cuidado, sem excluir e trancafiar no hospital psiquiátrico, é preciso estudar mais sobre o transtorno mental e fazer o que for preciso para ajudar (S. 21)

Vejo o preconceito, não tem psiquiatra, ninguém quer atender, uma dificuldade, vejo uma situação de sofrimento mental, de dificuldades (S. 19)

Eles são vistos como difíceis, desistem, as pessoas tem dificuldade em acolher, eles não querem ficar onde não sejam bem vindos (S.10).

As oficinas não funcionam como geradoras de renda, permanecem na mesmice, é a realidade, o movimento necessita ser reavaliado...(S.18)

A classe 3, cuja denominação foi *Legislação*, foi constituída por 79 UCEs, detendo 24 % do *corpus* ; assim, palavras como: loucura, integração, fatores, estigma, políticos, problema, educação, formaram seu conteúdo. Os profissionais que atuam no CAPS II, que declararam não possuir religião e com idades de 36 a 45 anos contribuíram para formação dessa classe. A seguir alguns exemplos :

Há um relevante movimento político social que tem promovido um redimensionamento dos saberes, leis e práticas relacionadas à loucura, vale ressaltar que esse acontecimento histórico é marcado por impasses e desafios(S. 16).

A Lei tem que ser muito discutida, como eixo norteador das políticas públicas em saúde mental, como relevante movimento político, social que tem promovido um redimensionamento de saberes e práticas relacionadas à loucura (S. 44).

A Lei representa uma conquista para os portadores de transtornos mentais, ela reconhece e assegura direitos, visa a recuperação social e o tratamento em ambiente terapêutico(S. 12).

Em relação a classe 2, nomeada de *Causas da doença*, esta foi formada por 48 UCE, correspondendo a 15% do *corpus*. Palavras como: usuário, comunidade, família, prioridade, perturbação, procura, situação fazem parte do seu conteúdo. Profissionais do CAPS III, acima de 46 anos e com a religião espírita foram os que mais contribuíram para formação dessa classe. Abaixo estão alguns exemplos de UCEs :

Eles adoecem pela falta de investimento da família, o uso abusivo de drogas, a própria predisposição e algo vem a desencadear (S. 57).

Uma decepção amorosa deixou um usuário na sarjeta, perder o emprego, algo de ordem religiosa, as decepções, as frustrações, desajustes familiares, de ordem social ou financeira...(S.4).

Há a ordem genética e outras situações, como as decepções, frustrações, os desajustes familiares, de ordem social ou financeira, se não procurar ajuda, pode ficar depressivo e se isolar(S. 05).

Já a classe 4, denominada *Inserção Social e cidadania* foi constituída por 76 UCEs e correspondeu a 24% do *corpus*. No que se refere as variáveis que contribuíram para a formação dessa classe, pode-se destacar os profissionais que atuam no CAPS infantil, casados, acima de 46 anos. Palavras como inclusão, escola, estratégia, conhecimento, hospitalar, sentido, rua, pais constituem exemplos encontrados nessa classe. Esta classe reuniu discursos que enfatizam a consequência do transtorno mental na vida das pessoas

e acenam para a necessidade de mudança. A seguir destacam-se alguns exemplos das UCEs:

O louco já é considerado capacitado para muita coisa , vão para escolas, evoluíram na interação, no convívio com os outros (S.60).

Quando a gente está dentro do serviço acha que muita coisa mudou, mas quando a gente sai, vê pouca coisa mudar. Vi poucas mudanças na escola e na comunidade (S. 24).

Temos um tratamento de muita dignidade, se fosse há vinte anos atrás a coisa estaria muito complicada, muitos estariam presos(S.59).

E por fim a classe 5, categorizada como *Tratamento e papel dos profissionais*, foi formada por 66 UCE, o que corresponde a 21 % do *corpus*, sendo constituída por palavras como: tentativa, assembleia, doente, paciente, tratamento, humanizar, luta. Os profissionais que atuam no CAPS III, de religião espírita e com idade acima de 46 anos contribuíram para formação dessa classe. Desta classe, podem ser destacados os seguintes exemplos:

Há uma visibilidade na forma como o portador de transtorno mental é tratado, com comprometimento da equipe, na vontade de despertar o desejo paciente em mudar sua forma de agir (S. 46).

O ideal seria que eles fossem de fato cuidados pela sociedade, tentando sensibilizar, conscientizar, levantando discussões (S.28).

O paciente vem sendo tratado de forma mais humanizada, de forma terapêutica. As instituições deveriam atuar junto a outras instituições, escolas. A partir da tentativa de esclarecimentos, tentando provocar neles uma partida para busca de direitos, incentivando a criar associações (S.48).

Analisando o dendrograma (figura 1) verifica-se que as classes apresentadas se organizaram em três divisões, que vem a indicar as relações de proximidade e distância entre elas. As duas primeiras divisões mostram as relações mais distantes entre as classes e a última indica a relação de proximidade. A primeira divisão, denominada *Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos* é formada por dois grupos. O primeiro deles foi formado, como já mencionado, pelas classes 1 e 3 (apresentam pontos que avaliam a Reforma Psiquiátrica), que se encontra distanciado do segundo grupo formado pelas classes 2, 5 e 4 (apresentam pontos que englobam a ressocialização e cidadania).

A segunda divisão também foi formada por dois grupos, o primeiro deles reuniu as classes 2 e 5 (ênfasis aspectos relacionados à ressocialização e vem a abordar as causas da doença e o papel dos profissionais) e o segundo manteve a formação da classe 4 (que discute a Ressocialização e cidadania a partir das possibilidades de reinserção social), mostrando o distanciamento entre eles.

No que se refere às aproximações, a terceira divisão dimensiona a aproximação das classes 2 e 5, na medida em que ambas indicam aspectos relacionados ao tratamento, pautados nos motivos de adoecimento do portador de transtorno mental e como a equipe de saúde mental pode ter um papel ativo na sua recuperação, sendo chamada de *tratamento*.

7.6- Discussão da análise léxica

A análise léxica realizada pelo ALCESTE proporcionou uma visão panorâmica das respostas encontradas nas questões abertas. A organização desses dados permitiu identificar a formação de cinco classes, as quais foram agrupadas em dois polos.

O primeiro polo, denominado *Avaliação da Reforma* foi formado pelas classes 1 e 3. A classe 1, nomeada *Crítica a assistência* apresentou palavras que quando contextualizadas nas falas dos participantes, demonstraram a reunião de conteúdos que expressaram alguns aspectos da Reforma Psiquiátrica no que se refere à assistência, ressaltando algumas dificuldades relacionadas ao dia a dia dos serviços, como falta de médicos e dificuldades de acesso, os obstáculos da equipe em acolher o usuário, as limitações das oficinas que na avaliação de alguns participantes não funcionam como geradoras de renda destacando a necessidade de avaliação do movimento. É possível também, observar que a classe 1 traz as limitações que denunciam que vários aspectos da política assistencial dos CAPS e concomitantemente da Reforma Psiquiátrica não estão sendo cumpridos.

Palavras como *veja, dificuldade, alcance, realidade, sociais, diferenciação, rompimento*, formam o campo representacional apresentado nessa classe. Sobre as ancoragens sociais é notório que os psicólogos e profissionais do CAPS III foram os que mais contribuíram para formação dessa classe, estes parecem possuir uma visão mais crítica da perspectiva de atendimento em saúde mental.

Como já citado, o CAPS III é um serviço com o atendimento mais complexo. Por funcionar 24 h, todos os dias e possuir leitos de internação, acaba por atender mais intensamente a demanda de usuários em crise, o que possivelmente faz com que a equipe técnica enfrente, com mais frequência, as limitações citadas.

O fato dos resultados obtidos a partir da análise do ALCESTE se assemelhar àqueles apresentados nas questões abertas e escalas, quando se verificou que alguns profissionais ancoraram as representações sociais dos direitos humanos na Reforma Psiquiátrica, evidenciou-se que se as exigências colocadas pela proposta da Reforma

Psiquiátrica não estão sendo cumpridas, os DH dos portadores de transtorno mental também não estão.

Esses resultados suscitam a necessidade de avaliação do próprio movimento, para que esse seja efetivo e alcance seus objetivos. Para que isso seja realizado é necessário não perder de vista o objetivo central da política e prática da Reforma Psiquiátrica entre os profissionais, principalmente, em relação a abertura de serviços substitutivos ao próprio hospital psiquiátrico e a reorganização do conteúdo teórico e político da Reforma, a qual, estar para além de um espaço físico e de medicação, devendo contemplar questões de humanização e efetivação dos DHs (Pitta, 2011).

As críticas também foram presentes no estudo realizado por Leão (2006) com profissionais dos CAPS em São Carlos- SP. Os discursos dos participantes dessa pesquisa apontaram que o ritmo lento das políticas sociais, dificultando as transformações necessárias e as limitações financeiras, que englobam os limites para a compra de materiais, para promover atividades em oficinas de trabalho e para cuidar do usuário em crise, constituem-se como obstáculos ao processo.

Em relação à classe 3 nomeada *Legislação*, agruparam-se conteúdos referentes, predominantemente, aos avanços vivenciados após a implantação da Lei 10.216 e muitos foram os discursos que realizaram comparações entre o modelo atual de assistência e o modelo anterior centrado no hospital psiquiátrico. Nessa classe é possível observar que a maior conquista no tocante aos direitos dos portadores de transtorno mental parece ser, de acordo com os discursos dos respondentes, a mudança na perspectiva de atendimento.

As representações acerca dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais apreendidas entre os participantes foram elaboradas a partir de dois modelos distintos: O CAPS e o hospital psiquiátrico. No que se refere aos hospitais as objetivações foram elaboradas a partir de afetos negativos, uma vez que, como já discutido, as maiores

denúncias de desrespeito aos DH encontram-se centralizados nesta instituição. Nos CAPS as objetivações apresentaram um conteúdo mais positivo, pois se apoiaram nas possibilidades de reinserção social, de um atendimento digno e humanizado.

Os profissionais representaram a violação dos direitos humanos dos portadores de transtorno mental fazendo essa referência ao modelo de atendimento do hospital psiquiátrico, revelando uma dimensão atitudinal ou uma avaliação negativa da instituição hospitalar. A dimensão atitudinal foi explicada por Jodelet (2001), ao abordar que o senso comum construído socialmente engloba a totalidade de imagens, ideias e valores presentes nos discursos sobre o objeto.

Quanto às ancoragens sociais observou-se que os profissionais que atuam no CAPS II, que declararam não ter religião e com faixa etária de 36 a 45 anos, foram as que mais contribuíram para a formação dessa classe. A contribuição maior dos profissionais do CAPS II para formação dessa classe deve-se possivelmente ao fato desse serviço ser o primeiro do município, o que trouxe um impacto no rompimento no modelo assistencial, ou seja, constituiu-se como o marco da Reforma Psiquiátrica no município. As mudanças no modelo assistencial do tratamento em saúde mental, foram percebidas mais intensamente por esses profissionais.

Considerando os achados observados através do ALCESTE, constata-se em então que em relação ao polo, “Avaliação da Reforma Psiquiátrica”, as representações sociais da Reforma ancoraram-se nas mudanças advindas com o movimento social e abertura dos CAPS, sendo que ainda há muitas críticas realizadas sobre a evolução desse processo.

O segundo polo, denominado *Ressocialização e cidadania* foi formado por dois grupos: *Tratamento e Inserção Social*. Destaca-se que o primeiro grupo foi formado pelas classes 2 e 5 e o segundo grupo foi formado pela classe 4. A classe 2, nomeada *Causas da Doença*, reuniu conteúdos que abordaram o processo de adoecimento mental. Os

profissionais ancoraram as causas da doença mental nos eventos externos como falta de investimento familiar, decepção amorosa, o uso abusivo de drogas, a perda de emprego, a influência religiosa e os desajustes familiares.

Ao realizar um levantamento dos artigos que abordaram as representações sociais da doença mental, Pacheco (2011) pôde constatar que apesar desses aspectos psicossociais também terem sido relatados como causas da doença, esta foi fortemente associada à ideia de doença orgânica em grande parte das pesquisas realizadas. Além disso, na maior parte delas o portador de transtorno mental foi considerado como incapacitado, dependente, instável emocionalmente, sem controle e fora do padrão de normalidade.

A partir dessas afirmações o autor discute que a loucura torna-se um fenômeno de Representações Sociais por atender todas as condições de emergência e absorver diversas teorias ao seu respeito. Teorias do senso comum, que têm como objetivo construir conhecimentos, subsidiar e justificar as ações que são dirigidas aos indivíduos considerados loucos, bem como permitir um posicionamento em relação a esses sujeitos. Essas teorias do senso comum agregam em torno da doença uma “amálgama de significações e práticas” (Pacheco, 2011).

É possível constatar que a doença mental também foi descrita a partir dos sintomas de uma crise. Perturbação, situação, perda, poder, nega, são exemplos de algumas palavras que formaram o campo representacional dessa classe.

Já a classe 5, nomeada Tratamento e papel dos profissionais reuniu conteúdos que valorizaram a participação ativa dos profissionais no tratamento, como protagonistas da Reforma Psiquiátrica. Aspectos ligados ao dia a dia do serviço e suas atividades foram abordados, como a importância da realização das assembleias, a humanização do

tratamento, as oficinas terapêuticas e a luta pelos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Essas diversas *modalidades terapêuticas* (assembleias, oficinas, atendimentos grupais, individuais, domiciliares) adquirem ampla significação nos contextos de vida dos usuários: na conformação de um campo afetivo de valorização de si e do outro; na possibilidade de trazer leveza a vivências de sofrimento; na materialidade que se transforma em instrumento de relação com o externo. A possibilidade de poder habitar dentro do serviço de saúde mental novas formas de ser: o conselheiro, o colaborador, o que melhorou, o que cozinha bem, o que se casou, parece ir garantindo o ritmo necessário de uma confiança em si que transcende o serviço e passa a propiciar uma existência mais satisfatória fora dele. Os usuários “começam a se arriscar em suas próprias construções: fazer sua comida, atividades de lazer desvinculadas do serviço, transformar-se em cuidador do familiar que adoeceu” (Surjus e Campos, 2011, p.128).

Já a classe 4, nomeada *Inserção Social e Cidadania*, abordou com mais ênfase aspectos relacionados a inclusão escolar, as estratégias de inserção social, ao papel dos pais e da sociedade. Também foram características dessa classe, as categorias que elucidam as consequências do transtorno mental na vida e na família. Estas refletem o peso e as mudanças advindas pela doença mental em algum membro da família: a necessidade de cuidados e as dificuldades relacionadas à convivência.

Os profissionais do CAPS infantil foram os que mais contribuíram para a formação dessa classe, por isso é perceptível que os conteúdos abordam com mais ênfase aspectos relacionados ao tratamento da criança portadora de transtorno mental. Palavras como *inclusão, escola, conhecimento, geração, mudança e evolução* então entre as mais citadas.

Sobre as consequências de ter um familiar portador de transtorno mental para a família, inúmeros estudos (Gonçalves e Sena, 2001; Leão, 2006; Cirilo, 2006) retratam as dificuldades vivenciadas pela família: o peso oriundo do estigma social imposto pela doença mental, a dedicação relativa aos cuidados, as limitações financeiras, as situações de crise e o desgaste psicológico e emocional.

A partir de uma visão panorâmica dos dados resultantes do Alceste, é possível considerar que as representações sociais dos direitos humanos relacionados ao portador de transtorno mental, ancoram-se na Reforma Psiquiátrica, nos seus mais variados aspectos: legislação, tratamento, modelo de assistência, papel dos profissionais implicados no processo e ressocialização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pressupostos teóricos abordados nesse estudo trazem reflexões que apontam que os diferentes membros de uma população partilham de certas crenças comuns em relação a determinados objetos sociais. Sendo que na construção dessas representações também podem ser encontrados, além dos elementos comuns, pontos que se podem se diferenciar em virtude dos posicionamentos ideológicos e socioprofissionais dos sujeitos (Doise, 2002). Assim é possível vislumbrar que as representações sociais dos profissionais de saúde mental não se constituíram de forma homogênea.

A partir dos resultados apresentados, algumas reflexões podem ser realizadas no que se refere às representações sociais dos direitos humanos elaboradas pelos profissionais de saúde mental.

É possível vislumbrar que as discussões dos resultados, tanto através da análise semântica, quanto da análise estatística e análise lexical, apresentaram conteúdos semelhantes. Os profissionais apresentam conhecimento relevante sobre a Reforma Psiquiátrica e seus objetivos, porém no cotidiano dos serviços parece inexistir ações que busquem uma efetivação dos direitos. Os profissionais avaliam positivamente o trabalho desempenhado pelos mesmos e reconhecem que possuem um papel ativo no processo de reconstrução da cidadania dos usuários, porém ao descrever as formas de empenho, nota-se que muitas vezes estas estão ligadas a uma visão mais limitada dos direitos.

Os direitos sociais (saúde e educação) são os mais conhecidos pelos profissionais de saúde mental, no entanto é relevante destacar que poucos participantes citaram o conhecimento dos direitos dos portadores de saúde mental. A maior fonte de conhecimento sobre os DH foi a mídia, seguida dos cursos específicos e local de trabalho.

Uma parte dos participantes realizou uma avaliação positiva da Lei 10.216, quase que na mesma proporção outros participantes relataram críticas à legislação.

A maioria dos participantes revelou que fala sobre os DH no Serviço de Saúde Mental, no entanto apenas um CAPS possui uma atividade que aborda a temática de forma específica. Os profissionais relataram que se empenham em relação aos DH , principalmente através da divulgação dos direitos, da oferta de um tratamento digno e realização de um trabalho ativo com as famílias e alguns participantes justificaram seu pouco empenho discursando sobre as limitações de ordem financeira, escassez de recursos humanos e excesso de atividades.

Para os participantes do presente estudo, um serviço como o CAPS pode defender os DH a partir do empenho dos profissionais, da divulgação dos direitos, da atuação em espaços sociais, do trabalho ativo com as famílias e da realização de parcerias com outras instituições.

A família, a escola e os hospitais gerais destacam-se como as instituições mais úteis para o portador de transtorno mental. No que se refere a contribuição para que os direitos dos portadores de transtornos mentais sejam respeitados, o governo apresentou maior pontuação no nível abstrato, enquanto o CAPS apresentou a pontuação mais expressiva no nível concreto.

No tocante a ressocialização do portador de transtorno mental percebe-se que todas as atividades devem contribuir (nível abstrato), no entanto as Oficinas Terapêuticas, o CAPS e as atitudes profissionais são as que de fato (nível concreto) contribuem. A maior diferença esteve no Governo, que apresentou pontuação significativa no nível abstrato e inferior no nível concreto.

No tocante ao nível de envolvimento com os DH, a dimensão pessoal apresentou pontuação relevante tanto no nível abstrato quanto concreto. Já a dimensão Governo apresentou pontuação expressiva no nível abstrato e inferior no nível concreto. Conclui-se que o Governo foi avaliado como aquele que deve fazer, mas que na prática pouco faz pela ressocialização do portador de transtorno mental e no tocante ao empenho para cumprimento dos DH.

A Reforma Psiquiátrica, a reinserção social e a divulgação de informações sobre os transtornos psíquicos vislumbram as formas pelas quais os participantes avaliaram que houve mudanças na forma pelo qual a doença mental é vista pela sociedade, no entanto alguns profissionais citaram que o estigma e o preconceito ainda são fortes.

Os resultados do ALCESTE complementaram os dados da análise semântica e estatística. É perceptível que os participantes ancoraram as representações sociais dos DH na Reforma Psiquiátrica, na legislação, nas causas do adoecimento psíquico, no papel ativo dos profissionais e nas possibilidades de inserção social.

Considera-se que os resultados encontrados neste estudo indicam que há um consenso nas representações sociais dos profissionais de saúde mental sobre o conhecimento da Reforma Psiquiátrica e necessidade de se efetivar a luta pelos DH. Percebem-se diferenças significativas considerando que para alguns a Reforma Psiquiátrica não avançou e a Lei 10.216 não é respeitada e para outros já há avanços significativos no tocante a ressocialização do portador de transtorno mental.

Para que os serviços substitutivos de saúde mental cumpram com o seu objetivo de inclusão social e defesa dos DH, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, devem ser buscadas ações que possibilitem e estimulem a realização de trocas sociais, principalmente em sua rede social nuclear - a família, devem buscar ainda o

enfrentamento ao estigma e a produção de autonomia da pessoa acometida pelo transtorno mental.

A Teoria das Representações Sociais mostrou-se adequada na busca dos objetivos desse trabalho porque conseguiu abordar os aspectos mais complexos do espaço das representações, dos pequenos espaços construídos nos contra sentidos que o cotidiano das práticas e discursos permitiu vislumbrar.

Com as relações às dificuldades encontradas, salienta-se a dificuldade em conseguir aplicar os instrumentos, posto as interrupções e a rotina agitada dos profissionais, o que demandou uma quantidade excessiva de tempo. Além disso o fato da coleta ter sido realizada no período anterior às eleições, pode ter prejudicado a coleta de algumas informações, como por exemplo, a simpatia partidária dos participantes.

O fato de a presente pesquisa ser realizada 10 anos após o processo histórico de fechamento do maior hospital psiquiátrico de Campina Grande e abertura da Rede de Saúde Mental, revela que o caminho para que a proposta da Reforma Psiquiátrica se efetive no município ainda é longo, fortalecendo a necessidade de avaliação dos serviços e das práticas.

A esse respeito salienta-se que os próprios usuários e as famílias apresentam arranjos dos CAPS que potencialmente dão voz às suas questões, possibilitando mudanças práticas no serviço ofertado. Os espaços de Assembleias, onde se encontram os diferentes profissionais, usuários e, em alguns serviços, também a presença de familiares; os Conselhos Locais de Saúde, ainda pouco habitados, os grupos de famílias, eventos e os acessos à coordenação do serviço são avaliados pelos usuários como possibilidades de interlocução e reivindicação (Surjus e Campos, 2011).

Diante da orientação teórica de Jodelet (2005) sobre a importância de considerar os contextos sociais e culturais nos quais as representações são construídas, em relação aos desdobramentos decorrentes da realização do presente trabalho, ressalta-se a necessidade de efetuar estudos que investiguem como estão sendo desenvolvidas as práticas no cotidiano dos novos serviços de saúde mental, visando analisar como as representações sociais sobre DH são objetivadas nas práticas dos profissionais de saúde mental.

Torna-se relevante discutir a temática dos DH dentro dos serviços de saúde mental, buscar estratégias de efetivação, repensar as práticas, para que a proposta da Reforma Psiquiátrica não se torne apenas retórica, que não represente apenas a reprodução do antigo modelo no novo serviço. A abertura de serviços não garante a efetivação dos direitos dos portadores de transtornos mentais, o processo é amplo e complexo. Se assim não for, a Reforma Psiquiátrica corre o risco de ser vazia de objetivos e quase inexistente na vida dos portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira. (eds.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: P. H. F. Campos & M. C. da S. Loureiro. (eds.), *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG.
- Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Almeida, A.M.O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, 24, 713-737.
- Alvaro, J.L. & Garrido, A. (2006). *Psicologia Social: Perspectivas Psicológicas e Sociológicas*. São Paulo: Ed. MacGraw-Hill
- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados e alienistas. In: Amarante, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amarante, P. (2002). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiotec / Fiocruz.
- Aragão, S. R. (2001). *Direitos Humanos: do Mundo Antigo ao Brasil de Todos*. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Forense.

- Arruda, A.(2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*- Fundação Carlos Chagas. São Paulo: Editora Auditores Associados. 117, 127-147.
- Bardin, L.(1977) *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Basaglia, F. (1985). As instituições de violência. Em: Basaglia, F. (Ed.), *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bellinho, L.A. (2009). *Uma evolução Histórica dos direitos humanos*. Recuperado de : <http://www.unibrasil.com.br/arquivos/direito/20092/lilith-abrantes-bellino.pdf>, acesso em 25 de Fevereiro de 2014.
- Benevides, M.V. (2007). Direitos humanos: desafios para o século XXI. In: Silveira, R. M. G. et al. (Orgs.). *Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Bernardo, F. C. (2011). *Funcionário denuncia estupros contra pacientes, tráfico de drogas e espancamento de idosos em hospital público do Estado na Capital*. João Pessoa. Recuperado em 23 de Julho de 2010 de www.paraibaja.com.br
- Birman, J. & Costa, J. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. (Ed.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bobbio, N.(1992). *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Bock, A. M. B., & Gianfaldoni, M. H. T. A. (2010). Direitos humanos no ensino de Psicologia. *Psicologia Ensino & Formação*, 1(2), 97-115. Recuperado em 03 de fevereiro de 2014, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>

- Brito, E.S. (2011) *O direito humano à Saúde Mental: Compreensão dos profissionais da área*. Dissertação de Mestrado- Universidade de São Paulo(USP). 126 f
- Britto, R. C. (2004). *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01: Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental*. Rio de Janeiro, 210p.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações Sociais: Relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 14(28), 125-137.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Camargo, B.V. (2005). Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira, A.S.P; Camargo, B.V.P.; Jesuíno, J.C. & Nóbrega, S.M. (Ed.) *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária.
- Camino, C. (2002). *O pensamento moral e a valoração da vida em sociedade*. Manuscrito não publicado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Camino, C., Camino, L., Pereira, C. & Paz, M.(2004) Moral, Direitos humanos e participação social. *Estudos de Psicologia* 9(1), 25-34
- Canotilho, J. J. G. (1998). *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 3ª ed. Coimbra: Almedina
- Caplan, G. (1980). Um modelo conceptual para prevenção primária. In: G. Caplan, *Princípios de Psiquiatria preventiva* (pp. 40-69). Rio de Janeiro: Zahar.
- Carbonari, P. C. (2010). *Direitos humanos: sugestões pedagógicas*. Passo Fundo: Instituto Superior de Filosofia Berthier.

- Carvalho, Sandra (org) (2004). *Direitos Humanos no Brasil 2003: relatório anuário de Justiça Global*. Rio de Janeiro: Justiça Global.
- Chaves e Silva (2011). Representações Sociais. In: Camino, L, ; Torres, A. R.R.; Lima, M. E. O.; Pereira, M.E. (2011) *Psicologia Social: temas e teorias*. Brasília. Editora Technopolitik.
- Cirilo, L. S.(2006). *Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e Cidadania nos discursos de usuários e familiares*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- PB, Brasil.
- Comparato, F. K.(2003). *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2003
- Costa, J. F. (1980). *História da Psiquiatria no Brasil*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campos.
- Coutinho, M.P.L.; Nóbrega, S.M. & Araújo, L.S. (2011). Software Trideux- uma ferramenta metodológica aplicada ao campo das pesquisas em representações sociais. In: Coutinho, M.P.L. & Saraiva, E.R.A. (orgs.) *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Dallari, S.G. (2011). A importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental. *Ciência & Saúde Coletiva*,16(12): 4590-2602
- Delgado, J. (1992). Reflexões na cidade sem manicômios. In: Delgado J. (org.) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Autor.
- Delgado, P. G. G.(2000) Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In Tundis S.A & Costa N.R (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (6a ed). Petrópolis: Vozes.

- Delgado, P. G. G.(2011). Saúde Mental: 10 anos da Lei 10.216. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. v.63, nº 2. Recuperado em 31 de Julho de 2014 em <http://146.164.3.26/index.php/abp/article/view/713/529>
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les etudes sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, XLV, 405, 189- 195.
- Doise, W., Clemence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1993). *The quantitative Analysis of Social Representations*. Londres: Harvester Wheatsheaf.
- Doise,W. & Herrera,M. (1994). Déclaration universelle et représentations sociales destroits de l'homme:une étude à Geneve. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*,2,87-107
- Doise, W., Staerklé, C., Clémence, A. & Savory, F. (1998). Human Rights and genevan youth: a developmental study of social representations, , 57, 86-100.
- Doise, W., Spini,D.& Clémence, A. (1999) *Human Rights and Genevan youth: a developmental study of social representations*. In: Swiss Journal of Psychology, 57, p. 1-29
- Doise, W. (2001). Atitudes e Representações Sociais. In: Jodelet, D. *As Representações Sociais*, Traduzido por Lilian Ulup, Rio de Janeiro: EDUERJ
- Doise, W. (2002a). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 27-35.
- Doise,W. (2002b). *Direitos humanos e força das ideias*. Lisboa: Livros Horizontes.

- Duveen, G. & Lloyd, B. (2003). Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social. In: Castorina, J. A. (comp.) *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Buenos Aires, Gedisa.
- Emerich, B.F. (2012). *Direitos dos usuários em intenso sofrimento psíquico na perspectiva dos usuários e dos gestores do CAPS*. Dissertação de Mestrado- Universidade de Campinas- UNICAMP, Campinas, SP.
- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). (2003). *Textos de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Durkheim, E. (2007). *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Farr, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi, P.; Jovchelovitch, S. (orgs). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 30-59.
- Feitosa, I.P. (2009). Representações Sociais de direitos humanos de estudantes pessoenses de escolas públicas e privadas. (Tese de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Psicologia Social- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.
- Feitosa, I.P (2013). Direitos Humanos e Tomada de Perspectiva Social: verificação de um modelo teórico. (Tese de Doutorado). Programa de Pós Graduação em Psicologia Social- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.
- Ferreira Filho, M. G.(1998). *Direitos Humanos Fundamentais*. São Paulo: Saraiva.
- Fernandes, C. S. & Camino, C.(2006). Adolescentes, TV e direitos humanos In: *Revista Prima Facie*,5(9),p.73-80.

- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. In Jodelet, D. (Ed.), *As representações sociais* (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.
- Furtado, J.P.(2001). *Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos da Unidade de Reabilitação de Moradores ao CAPS Estação*. In: Harari, A. Valentini, W. (orgs.) *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.
- Galvão, L., Da Costa, J. B. & Camino, C. (2005). Conhecimento dos direitos humanos por adolescentes privados de liberdade: um estudo comparativo. In: *Psico*, 36(3), p. 275-282.
- Gil, A. C.(2007). *Métodos de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Editora Atlas
- Gil, C. R. R. (2005). Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):490-498
- Gonçalves, A.M. & Sena, R.R. (2001). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), p. 48-55.
- Goffman, E. (1999). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Ed. Perspectiva, 6ª edição.
- Gorczewski, C. & Tauchen, G.(2008). Educação em Direitos Humanos: para uma cultura da paz. *Educação*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 66-74, jan./abr. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/educar/textos/gorczewski_edh_cultura_paz.pdf. Acesso em 03/02/2013.
- Gradella Junior, O. (2002). Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. *Revista Psicologia e Sociedade*, vol.14, nº.1, 87-102.

- Hirdes, A.(2009). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(1):297-305
- Hunt, L. (2009). *A invenção dos direitos humanos: uma história* / tradução Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras.
- IMAGE (2005). *ALCESTE- Manual d´utilisation*. Version 4.8 pour Windows, Toulouse: IMAGE
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Jodelet, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: D. Jodelet (Ed.) *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez. 1993.
- Jodelet, D. Représentation sociale: phénomène, concept et théorie. In: Moscovici, S. (dir.). *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990 (2ª ed.).
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Jovchelovitch, S. (1994) Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaços públicos e representações sociais. In: Jovchelovitch, S. & Guareschi, P.A. (orgs.) *Textos em representações Sociais*. Petrópolis: Vozes
- Kinker, F.S. (2007). *O lugar do manicômio: relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste*. Dissertação do Mestrado em Ciências Sociais. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais- PUC- SP 173 p

- Kinker F.S; Cirilo, L.S.; Campos F.B.; Robortella, S. & Medeiros, Geraldo Jr. (2010).
Desconstruindo mentalidades Em: Campos, F.B.; Lancetti, A. (2010). *Saúde Loucura: Experiências da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Hucitec.
- Koerner, A. (2002). Ordem política e sujeito de direito no debate sobre direitos humanos. *Lua Nova* [online]. 2002, n.57. Recuperado em 20 de Fevereiro de 2014 de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452002000200005>.
- Koerner, A. (2003). O papel dos direitos humanos na política democrática: uma análise preliminar. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol, 18, nº 53. 143- 157
- Leão, A. (2006). *As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental*. Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 184 p.
- Leão, A. & Barros, S. (2008). As Representações Sociais dos profissionais de Saúde Mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. In: *Saúde e Sociedade*, 17(1),p.95-106.
- Lima, L.C. (2008). Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. *Revista de Educação Pública*, Cuiabá, 17 (33).
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Maciel, S. C. (2007). *Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: Representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica*. Tese de Doutorado em Psicologia Social- Universidade Federal da Paraíba. 301 páginas

- Magalhães, J.L.Q.(2000) *Direitos Humanos: Sua história, sua garantia e a questão da indivisibilidade*. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira
- Magno,C.(2005) Doentes nus e abandonados levam o Ministério da Saúde a intervir no Hospital ICANERF. *Correio da Paraíba*, Campina Grande, 20 páginas, 28 mai.
- Medeiros, M.M. (2007). Informação e Representações Sociais: um estudo com familiares de portadores de sofrimento mental. *Encontros Bibli- Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciências da Informação*. nº: 024. Universidade Federal de Santa Catarina. 72-91
- Medeiros, S.M & Guimarães J. (2002) Cidadania e Saúde Mental no Brasil: Contribuição ao debate.In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, nº. 03. Rio de Janeiro: Scielo Brasil
- Méndez, E.G. (2004). Origem, sentido e futuro dos direitos humanos: Reflexões para uma nova agenda. In: 2004 SUR: *Revista Internacional de Direitos Humanos*. Ano 1, Número 1. Prol Editora Gráfica. 7-20
- Mielke, F.B.; Kantorski, L.P.; Jardim, V.M.R.; Olschowsky, A. & Machado, M.S. (2009) O cuidado em saúde mental nos CAPS no entendimento dos profissionais. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1): 159-164.
- Ministério da Saúde (2004a). *Legislação em Saúde Mental*. 5^a ed. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
- Ministério da Saúde (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Ministério da Saúde (2005) *Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*.

Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. DF: Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental.

Mondaini, M. (2010). O respeito ao direito dos indivíduos. In: Pinsk, J. & Pinsky, C. (Eds). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto. 115-134

Moraes, A.(2011). Direitos humanos fundamentais. São Paulo: Atlas

Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representation. In *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250

Moscovici, S. (2007). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Traduzido do Inglês por GUARESH, P. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes

Oliveira, F. O. & Werba, G. C. (2003) Representações Sociais. In: Jacques,M.G.C, Strey,M.N. (et al). *Psicologia Social Contemporânea*. 10ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Oliveira, S.A.M. (2007). Noberto Bobbio: Teoria Política e Direitos Humanos. *Revista de Filosofia*, v. 19, n. 25, p. 361-372

Organização Mundial de Saúde (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Genebra.

http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FI_NAL.pdf Acesso em 12/06/2014

- Pacheco, J. *Representações Sociais da Loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília (Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) . 393 p
- Palazzo, L. O. (1998) *Psicologia, Ética e Direitos Humanos*. Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Paz, M. M. A., Camino, L. & Camino, C. (2006). Reflexões acerca da educação em direitos humanos. In M. de N. Zenaide, Dias, L. L., Tosi, G. & Moura, P. (Orgs.), *Formação em direitos humanos na universidade*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Paz, M. M. A. (2008). *Valores Morais e Direitos Humanos: uma análise das concepções de professores*. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia – Psicologia Social), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, Brasil.
- Palmanori, A. (2009) A importância da Teoria das Representações Sociais para a Psicologia Social. In: Almeida, A.M.O. & Jodelet, D. (orgs). *Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesarus
- Pegoraro, R.F. & Caldana, R.H.L. (2008). Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. In: *Saúde Sociedade*, 17(2), p.82-94. São Paulo.
- Pereira, C. & Camino, L. (2003). Representações Sociais, envolvimento nos direitos humanos e ideologia política em universitários de João Pessoa. In: *Psicologia : Reflexão e Crítica*, 16(3), p. 447-460
- Pereira, C. Ribeiro, A.R.C. & Cardoso, S.J. (2004). Envolvimento nos direitos humanos e sistema de valores. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 55-65.

- Pereira, M. A. O. & Pereira Jr, A.(2003) Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 37(4): 92-100.
- Pinsky, J. & Pinsky, C. B.(2003) *História da Cidadania*. São Paulo: Contexto.
- Piovesan, F. (2005). *Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos*. Cadernos de Pesquisa, v.35 , n 124, 43-55
- Piovesan, F. (2006). *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ªed. São Paulo: Saraiva.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(12). 4579-4589
- Queiroz, P. V. M. O. (2011). *Representações sociais dos direitos humanos construídas por mães de estudantes de diferentes contextos socioeducativos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba.
- Rauter C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estética- política para oficinas terapêuticas. In: Amarante, P.(2000). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 267-277.
- Resende, H.(2000) Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S. A. Costa, N.S. *Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 6 ed.Petrópolis: Editora Vozes.
- Ribeiro, A.S.M. (2004). *Alceste: análise quantitativa de dados textuais*. Manual não publicado. Laboratório de Psicologia do Desenvolvimento Social (Instituto de Psicologia/ UnB), Brasília.

- Robortella, S.C. (2000). *Usuários de Saúde Mental em liberdade: O direito de existir*. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.
- Rodrigues, J., Brognoli, F.F. & Spricigo, J.S. (2006). Associação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: desvelando sentidos. In: *Texto contexto enfermagem*. 15(2). p. 240-245.
- Rotelli, F.(1990). Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio, M.F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (jun 1991). A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. Em: *Divulgação em Saúde para Debate*. 4: 119-122.
- Roudinesco, E. & Plon , M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rubio, V. L.(1998). *Introduccion a la Teoria de los Derechos Humanos: Fundamento. Historia. Declaracion Universal de 10 de diciembre de 1948*. Madrid: Civitas.
- Sá, C. P. (1996). Representações Sociais: Teoria e Pesquisa do Núcleo Central. *Temas em Psicologia*, nº 3. Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- Sá, C.P. (2001). *Núcleo Central das Representações Sociais* (2 ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Sadigursky, D. Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.
- Santos, M. S. (2013). Educação em Direitos Humanos em uma instituição militar. (Tese de Doutorado). Programa de Pós Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba- João Pessoa- PB.

- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Tecorá .
- Saraiva, E.R.A; Coutinho, M.P.L; Miranda, R.S. O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental(2011).In: Coutinho, M.P.L.; Saraiva, E.R.A. (orgs.) *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. (p. 67-94). João Pessoa: Editora Universitária.
- Silva Filho, J. F.(2000). A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Siqueira, Jr. (2004). Direitos Humanos. *Revista dos tribunais*, n 824, Junho 2004. Acesso em 02/04/2013.
- Silva, J.C.B., Oliveira Filho, P. (2013). Produções discursivas sobre o trabalho r, equipe no contexto da Reforma Psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos de Psicologia* Campinas 30(4). p. 609-617
- Spini, D. & Doise, W. (1998). Organizing principles of involvement in human right and their social anchoring in values priorities. *European Journal of Social Psychology*, 28 (4), 603-622.
- Spink,M. J.(1993). O conceito de Representação Social na abordagem psicossocial. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9,3,p.300-308
- Spink, M. J. (Ed.). (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Staerklé, C. Spini, D.(2004). L´héritage écletique de Willem Doise: une introduction à la Festschrift. *Nouvelle Revue de Psychologie Sociale*,3, 16-21.

- Staerklé, C., Clemence A., Doise, W. (1998). Representation of humans rights across different national contexts: The role of democratic and non- democratic populations and governments. *European Journal of Social Psychology*. 28. 207- 226.
- Surjus, L.T.L., Campos, R.O. (2011). A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 14(1), p. 122-133.
- Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2004). Cultural bias in the SON-R test: Comparative study of Brazilian and Dutch children. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 103-111.
- Ten Berge, J. M. F., & Zegers, F. E. (1978). A series of lower bounds to the reliability of a test. *Psychometrika*, 43 (4), 575-579.
- Tilio, R.D. (2007). “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, 17(37), 195-206.
- Tosi, G.(2003). História e atualidade dos direitos humanos. Recuperado em 03/01/2014 de http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/tosi/historia_atualidad.htm
- Tundis, S. A.; Costa, N. R. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Trindade, J. D. L. (2011). História social dos direitos humanos. 3. ed. São Paulo: Petrópolis, 2011.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

- Tykanori, R. (1996). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A.M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec
- Vala, J. (1993). Representações sociais - para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala & M.B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vasconcelos, V.C & Azevedo, C. S.(2010). Sentidos do Trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS. *Interface*, 14(34). 563-576.
- Vecchia,M.D. & Martins, S.T.F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 11(2), p. 159-168.
- Ventura, E.S. (2011). *O Direito humano à saúde mental: compreensão dos profissionais da área*. Tese de Mestrado . Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 15-02-2014, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-28112011-160938/>
- Ventura, C.A.A. Moraes, V.C.O. & Jorge, M.S. (2013) *Os profissionais de saúde e o exercício de direitos humanos por portadores de transtornos mentais*. Revista Eletrônica de Enfermagem 15(4). 854-61. Recuperado em 15-02-2014 de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19746>.
- Wachelke,J.F.R. & Camargo,B.V. (2007). Representações Sociais, representações individuais e comportamento.*Interamerican Journal of Psychology*.41.

APÊNDICE A- Entrevista e escalas

Este instrumento é parte integrante do projeto de pesquisa: As Representações Sociais de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial sobre direitos humanos. Na parte inicial há uma entrevista com algumas questões relativas aos direitos humanos, ao transtorno mental e a Reforma Psiquiátrica, também serão encontradas algumas escalas. Em seguida serão solicitados dados sócio-demográficos.

1ª parte - Conhecimento dos direitos

1- Quais direitos você conhece? Pode me citar alguns?

2- Onde você ouviu falar sobre esses direitos?

() mídia (televisão, rádio, revistas, jornais, livros, panfletos, etc.)

() cursos específicos

() familiares(pais, avós, tios, primos, etc.)

() amigos

() local de trabalho

() desconhecidos

() outros

Quem? _____

4.No que diz respeito aos Direitos Humanos em Geral...marque a alternativa

a) eu devo fazer muito para a aplicação deste direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

b) o governo brasileiro investe de uma maneira concreta para fazer aplicar este direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

c) eu me empenho suficientemente na aplicação deste direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

d) o governo brasileiro deve fazer muito para aplicação deste direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

e) tenho uma parte de responsabilidade na aplicação deste direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

f) o governo brasileiro empenha-se suficientemente na aplicação deste direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

g) eu invisto de uma maneira concreta para fazer aplicar este direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

h) o governo brasileiro tem uma parte de responsabilidade na aplicação deste direito

- ☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ nem discordo, nem concordo ☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo totalmente

5. Diga-nos, em sua opinião, em que medida as instituições e organizações seguintes podem ser **úteis para o portador de transtorno mental**

Dê uma resposta circulando o número que melhor corresponde à sua opinião:

1- Completamente inútil

2- Não útil

3- Útil

4- Completamente útil

1- A família.....	1	2	3	4
2- O hospital psiquiátrico.....	1	2	3	4
3- A Associação de profissionais de saúde mental.....	1	2	3	4
4- Os partidos políticos.....	1	2	3	4
5- As associações esportivas.....	1	2	3	4
6- A religião.....	1	2	3	4
7- Os bancos.....	1	2	3	4
8- Os planos de saúde.....	1	2	3	4
9- A televisão.....	1	2	3	4
10- Os jornais.....	1	2	3	4
11- Os hospitais.....	1	2	3	4
12- A escola.....	1	2	3	4

6- Para você quais os meios ou instituições devem contribuir para o cumprimento dos direitos humanos?

7- O que você acha da Lei 10.216, que rege sobre os direitos do portador de transtorno mental?

8- Você já leu essa lei?

() sim () não

9- Em relação às entidades abaixo relacionadas, o quanto você considera que cada uma delas deve cuidar para que os direitos dos portadores de transtorno mental sejam respeitados?

Entidade	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
A família					
O próprio doente					
O governo					
Os profissionais					
Você mesmo					
Este Serviço					
Cidadãos Brasileiros					

10- O quanto cada uma das entidades abaixo indicadas cuida, de fato, dos Direitos do portador de transtorno mental?

Entidade	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
A família					
O próprio doente					
O governo					
Os profissionais					
Você mesmo					
Este Serviço					
Cidadãos Brasileiros					

2ª parte: Conhecimento da doença e da Reforma Psiquiátrica

1- Você acha que tem mudado algo na forma como a doença mental é vista pela sociedade?

2- De que forma?

3- Você acha que as pessoas atendidas nesse serviço têm apresentado melhoras no tocante a ressocialização e a cidadania? (___) sim (___) Não . Se sim, como?

4- Em que medida cada um desses itens **pode contribuir** para que haja uma mudança?

Ítem	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Participação dos usuários em Associações					
Atividades culturais fora do Serviço					
Oficinas terapêuticas					
Atitudes dos profissionais					
Capacitações e cursos					
Este Serviço					
Ações do Governo					

5- Em que medida cada um desses itens **de fato contribui** para que haja uma mudança?

Ítem	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Participação dos usuários em Associações					
Atividades culturais fora do Serviço					
Oficinas terapêuticas					
Atitudes dos profissionais					
Capacitações e cursos					
Este Serviço					
Ações do Governo					

6- Para você o que é Reforma Psiquiátrica?

3ª parte- Envolvimento com os direitos humanos

1- Como profissional da saúde mental, você acha que se empenha o bastante para a aplicação dos direitos humanos? De que forma?

2- Vocês falam sobre direitos aos usuários desse serviço?

() nada () pouco () mais ou menos () muito () muitíssimo

3- Há uma atividade específica, realizada nesse Serviço, que aborde os direitos? Se sim, qual?

4- Como um serviço de saúde mental como esse pode defender e promover os direitos humanos?

APÊNDICE B- Ficha de dados sócio-demográficos

Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Ano de formação: _____

Local onde trabalha: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

Renda familiar (em s.m) _____

Capacitações realizadas (em Saúde Mental): _____

Religião: _____

Tem simpatia ou participa de algum partido político? _____

APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido(TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu _____

_____, me disponho a participar da Pesquisa **“Direitos humanos nos Serviços de Saúde Mental: Representações Sociais de profissionais e usuários”**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Direitos humanos nos Serviços de Saúde Mental: Representações Sociais de profissionais** terá como objetivo geral identificar e analisar as representações sociais de profissionais e usuários de dois serviços de saúde mental acerca dos direitos humanos. Ao voluntário só caberá a autorização para **realização e transcrição e análise do conteúdo das entrevistas** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **8804.2004** com **Lívia Sales Cirilo**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Lívia Sales Cirilo

Assinatura do participante