UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCIANA FERNANDES MOLL

Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: um olhar sobre os direitos humanos neste percurso

Ribeirão Preto

2013

MARCIANA FERNANDES MOLL

Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: um olhar sobre os direitos humanos neste persurso

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde Mental

Orientador: Carla Aparecida Arena Ventura

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moll, Marciana Fernandes

Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: um olhar sobre os direitos humanos neste percurso. Ribeirão Preto, 2013.

134 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Ventura, Carla Aparecida Arena

1. Direitos humanos. 2. Transtornos mentais. 3. Serviços de saúde mental. 4. Reabilitação Psicossocial. 5. Desinstitucionalização.

MOLL, Marciana Fernandes

Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: um olhar sobre os direitos humanos neste percurso

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

Dedico, especialmente, para a minha avó, que sempre me ensinou a persistir em meus objetivos e, mesmo não estando mais entre nós, deixou-me o legado de que “a vida é uma escola e devemos aproveitar dela com amor e respeito”. Sei que onde quer que ela esteja, estará feliz por saber que conclui mais esta etapa em minha formação.

Aos moradores das residências terapêuticas, os quais me mostraram que a vida é singela e que existem alegrias em todos os “lugares”, mas perceptíveis apenas para as pessoas simples e sensíveis.

Aos meus familiares que, com respeito e carinho, me incentivam a prosseguir na vida acadêmica.

À minha orientadora Carla Ventura que, com carinho e dedicação, repassa os seus valiosos ensinamentos acerca dos direitos humanos.

A todos os meus alunos de graduação e pós-graduação que dividem comigo as alegrias da docência e da construção conjunta do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus por disponibilizar aos seres humanos as ferramentas necessárias para a construção de suas vidas.

Aos amigos e companheiros de trabalho, Juliana Zacarias, Andreza Fabiana, Mônica Menezes, Carla Leite, Sérgio Marçal, Paula Beatriz, Marisa Ferreira, Fabiana Augusta, Ellen Betânia e Mário Sérgio, que participaram direta e/ou indiretamente da elaboração desta tese.

Aos profissionais Márcio, Joaquim, Denise, Juliana e Marcelo, que sempre me ampararam com paciência, respeito e disponibilidade nos momentos difíceis que vivi durante o período de formação do doutoramento.

Às Professoras Márcia Zago, Maria Esther, Toyoko Saeki e Magali Boemer por contribuir com suas valiosas sugestões na qualificação desta tese.

À Professora Aida pela recepção e pela disponibilidade em me apresentar a realidade da saúde mental no continente Europeu.

EPÍGRAFE

“A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos.”

Hannah Arendt

RESUMO

MOLL, Marciana Fernandes. **Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos:** um olhar sobre os direitos humanos neste percurso. 2013. 134 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos representam uma estratégia relevante no processo de desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais egressos de longos períodos de internação e sem vínculos familiares. Dessa maneira, esse dispositivo constitui um espaço de proteção e promoção de direitos por articular ações terapêutica às questões sociais e integrar a rede de saúde mental ao oferecer estratégias de reabilitação psicossocial e inclusão social. Nesse sentido, parece-nos importante evidenciar as formas de intervenção das residências terapêuticas no exercício de direitos por seus moradores, uma vez que o modelo de psiquiatria democrática, adotado no Brasil valoriza o exercício dos direitos humanos. Assim, o objetivo geral desta investigação foi descrever, em profundidade, a atuação de um dos serviços residenciais terapêuticos da cidade de Uberaba na vivência dos direitos humanos de seus moradores. Esta pesquisa apresentou como objetivos específicos: demonstrar a dinâmica e estrutura organizacional de uma residência terapêutica; descrever o cotidiano dos moradores de um serviço de residência terapêutica de Uberaba e identificar, na fala dos moradores, a vivência dos seus direitos humanos, com ênfase no direito à saúde, moradia, trabalho, lazer, liberdade, educação e igualdade. Para tanto, utilizou-se a metodologia etnográfica qualitativa. Os sujeitos participantes do estudo foram quatro moradores de um Serviço Residencial Terapêutico, os quais atendiam aos seguintes critérios de inclusão: morar no serviço residencial terapêutico onde as pessoas estavam em melhores condições psíquicas para se expressarem; estar estabilizado e em condições psicológicas para lembrar de sua trajetória de vida, conforme indicação da equipe responsável, e aceitar participar do estudo. Para a coleta de dados foi utilizada a observação participante e a história de vida, que fundamentaram a identificação de unidades de sentidos e a descrição densa dos significados ou núcleos temáticos que compõe a análise temática indutiva utilizada para analisar os dados. Os resultados demonstraram que o fato de estarem na residência terapêutica estudada favorecia o exercício dos direitos de seus moradores, especialmente dos direitos à moradia, saúde e lazer. Por outro lado, os moradores ainda enfrentavam dificuldades para exercer os direitos à educação e ao trabalho, considerando o preconceito ainda presente no meio social. Outrossim, observou-se uma dinâmica interna permeada pela amizade, o que facilitava a superação de problemas vivenciados no meio comunitário pelos sujeitos do estudo, especialmente em razão de uma cultura embasada no respeito humano e, portanto, propulsora do ambiente familiar existente nessa residência. A história de vida dos participantes dessa investigação demonstrou que durante a (s) internação(ões) psiquiátrica (s) não se prestava(m) cuidados para a recuperação da saúde desses sujeitos e para manter a ordem nos hospitais, utilizavam-se regras rígidas que os impossibilitavam de exercer quaisquer direitos. Por fim, verificamos que o preconceito é um dificultador para que o Estado atue na garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais, o que nos sinaliza a importância de se

trabalhar junto à sociedade a necessidade de conceber o portador de transtorno mental como sujeito de direitos e deveres.

Palavras-chave: Direitos humanos. Transtornos mentais. Serviços de saúde mental. Reabilitação psicossocial. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

MOLL, Marciana Fernandes. **Psychiatric hospitals to therapeutic community houses:** a look at human rights in this way. 2013. 134 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The Therapeutic Community Houses represent a relevant strategy in the deinstitutionalization process of people with mental disorders who lived long hospitalization periods and lost their family linkages. Therefore, this service constitutes a space for the protection and promotion of rights as it articulates the therapeutic actions to social needs and integrates a mental health network offering psychosocial rehabilitation and social inclusion strategies. In this context, it is important to evidence the means used by the therapeutic community houses to intervene in the exercise of rights by its residents, considering that the model of psychiatric democracy adopted in Brazil valued the exercise of human rights. Thus, the general goal of this investigation was to describe, in depth, the performance of a therapeutic community house at the city of Uberaba in the exercise of its residents' human rights. This research presented as specific goals: to demonstrate the dynamics and organizational structure of a therapeutic house; to describe the daily routine of the residentes of a therapeutic house located in the city of Uberaba and to identify, according to the residents' speechs, the exercise of human rights, with emphasis on the rights to health, housing, leasure, freedom, education and equality. In order to achieve these goals, the qualitative ethnography methodology was used. The participants of this study were four residents of a therapeutic residence whom matched the following inclusion criteria: to live in a service in which the residents were in better psychic conditions to express themselves; to be estabilized and in psychologial conditions to remember their life history, according to the health team indications, and to accept to participate in the research. For data collection, participant observation and life history were used and based the identification of meaning units as a result of the thematic analysis used to analyze data. Results showed that the fact that the subjects were in a therapeutic residence favoured the exercise of rights, especially the rights to housing, health and leasure. On the other hand, the residents still faced difficults to exercise the rights to education and work, considering prejudice. For instance, an internal dynamics based on friendship enabled subjects to cope with the problems experienced at the community level, especially due to an internal culture based on human respect which favored a family environment at the residences. The life history of the participants showed that during their hospitalization, they did not receive an integral care and that, in order to keep the order, severe rules were used at these institutions unabling the exercise of any kind of righs by them. In sum, prejudice impaired the Government to act in the assurance of the rights of people with mental health disorders, showing the importance of working with society the need to accept the persons with mental disorders as subjects of rights and duties.

Keywords: Human rights. Mental disorders. Mental health services. Psychosocial rehabilitation. Deinstitutionalization.

RESUMEN

MOLL, Marciana Fernandes. **Hospitales psiquiátricos a los servicios residenciales terapéuticos:** una mirada a los derechos humanos de esta manera**.** 2013. 134 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Los Servicios Residenciales Terapéuticos respresentan una estratégia relevante en el proceso de deinstitucionalización de las pesonas con transtornos mentales que vivieron longos períodos de hospitalización y que perdieron sus vínculos familiares. De esa manera, este servicio constituye un espacio de protección y promoción de derechos por articular acciones terapéuticas a cuestiones sociales y seren parte de la red de salud mental al oferecer estratégias de rehabilitación psicosocial e inclusión social. En este sentido, nos parece importante evidenciar las formas de intervención de las residencias terapéuticas en el ejercicio de derechos por sus residentes, una vez que el modelo de psiquiatria democrática, adoptado en Brasil, valoriza el ejercicio de derechos humanos. Así, el objetivo general de esta investigación fue describir, en profundidad, la actuación de uno de los servicios residenciales terapéuticos de la ciudad de Uberaba en la vivencia de los derechos humanos por sus residentes. Esta investigación presentó como objetivos específicos: demuestrar la dinámica y estructura organizacional de una residencia terapéutica; describir la vida diária de los residentes de una residencia terapéutica de Uberaba e identificar, en la habla de los residentes, la vivencia de sus derechos humanos, con énfasis en los derechos a salud, vivienda, trabajo, ocii, libertad, educación e igualdad. Para tanto, fue utilizada la metodología etnográfica cualitativa. Los sujetos participantes del estudio fueron cuatro residentes de un Servicio Residencial Terapéutico, los cuales cumplian los siguientes critérios de inclusión: vivir en el servicio residencial terapéutico donde las personas estaban en mejores condiciones psíquicas para se expresarem; estar estabilizado y en condiciones psicológicas para recordar su trayectória de vida, conforme indicación del equipo responsable; y aceptar participar del estudio. Para la recolección de datos fue utilizada la observación y la história de vida, que fundamentaron la identificación de las unidades de sentidos y la descripción densa de los significados o núcleos temáticos que componen el análisis temático inductivo utilizado en el análisis de los datos. Los resultados demuestraron que el hecho de estaren en la residencia terapéutica estudiada favorecia el ejercicio de derechos por sus residentes, especialmente de los derechos a vivienda, salud y ocio. Por otro lado, los residentes aún enfrentaban dificultades para ejercer los derechos a educación y al trabajo, considerando el prejuicio presente en la sociedad. Todavía, fue observada una dinámica interna caracterizada por la amistad, lo que facilitaba la superación de los problemas vivenciados en el medio comunitário por los sujetos del estudio, especialmente en razón de una cultura basada en el respeto humano y, por lo tanto, propulsora de un ambiente familiar en la residencia. La história de vida de los participantes de esta investigación mostró que durante las hospitalizaciones psiquiátricas, no les era oferecido un cuidado para la recuperación de su salud, pero visando la manutención del orden en los hospitales, que utilizaban reglas severas que no les posibilitaba ejercer cuasquier derechos. Por fin, verificamos que el perjuicio es un dificultador para que el Estado actue para garantizar los derechos de los portadores de transtornos mentales, lo que nos

sinaliza la importancia de se trabajar junto a sociedad la necesidad de aceptar el portador de transtorno mental como un sujeto de derechos y deberes.

Palabras Clave: Derechos humanos. Transtornos mentales. Servicios de salud mental. La reabilitacion psicosocial. Desinstitucionalización.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14

2 OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS, OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS E O EXERCÍCIO DOS DIREITOS HUMANOS..... 18
2.1 A Proteção dos Direitos Humanos no Plano Internacional e Interno..... 19
2.2 O Direito à Saúde dos Portadores de Transtornos Mentais: a Reforma Psiquiátrica e a Estruturação de Novos Serviços de Saúde Mental..... 21
2.3 Direito e Saúde Mental..... 29
2.4 Os Direitos de Igualdade..... 34
2.5 Direito à Liberdade..... 37
2.5.1 Direito à Moradia..... 39
2.5.2 Direito à Educação..... 41
2.5.3 Direito ao Trabalho..... 44
2.5.4 Direito ao Lazer..... 46

3 APRESENTANDO O CENÁRIO DO ESTUDO..... 47

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO..... 52

5 O PERCURSO DESTA PESQUISA..... 56
5.1 A Escolha do Local do Estudo..... 57
5.2 Sujeitos do Estudo..... 60
5.3 Coleta e Análise dos Dados..... 61
5.4 Aspectos Éticos..... 64

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 65
6.1 As Histórias de Vida de Alguns Moradores do SRT 1 de Uberaba..... 66
6.1.1 Florisbela..... 66
6.1.2 Juca..... 69
6.1.3 Juvenal..... 72
6.1.4 Gilson..... 74
6.2 A Vivência dos Direitos Humanos no(s) Hospital(is) Psiquiátrico(s)..... 76

6.3 Dinâmica e Estrutura Organizacional da Residência Terapêutica..... 83
6.3.1 Vida Entre Amigos/Irmãos e a Superação de Problemas..... 85
6.3.2 As Dificuldades no Meio Social e o Preconceito..... 88
6.3.3 O Respeito Humano e a Cultura do SRT..... 91
6.4 O Exercício dos Direitos Humanos com Ênfase no Direito à Igualdade, Liberdade, Saúde, Moradia, Educação, Trabalho e Lazer Após a Vinda Para o Serviço Residencial Terapêutico..... 93

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 106

REFERÊNCIAS..... 110

APÊNDICE A..... 124
APÊNDICE B..... 125
APÊNDICE C..... 126
ANEXO A..... 129
ANEXO B..... 134

1 INTRODUÇÃO

No século passado, a década 1950 foi marcada por dois acontecimentos que colaboraram para a humanização da assistência aos portadores de transtornos mentais. O primeiro foi a descoberta dos neurolépticos, que favoreceu a permanência das pessoas hospitalizadas junto às suas famílias e no seu meio social (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003). O outro foi descrito por Amarante (1995) como o início de uma reação da sociedade frente aos atos violentos e às limitações das instituições hospitalares com o propósito de oferecer um tratamento mais humanizado aos portadores de transtornos mentais.

Nesse sentido, Rocha, R. (2005) esclarece que, historicamente, as pessoas eram submetidas a pressões para se adaptarem às normas hospitalares, não podendo se opor a essas regras, o que as levava a perder gradativamente a possibilidade de exercício de sua cidadania.

Frente a essa realidade, iniciou-se um movimento de reação da sociedade, fundamentado nos direitos humanos de todas as pessoas e reafirmado em uma série de acordos internacionais como o Pacto da ONU sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966. Ambos os Pactos foram incorporados à legislação interna de diversos países na condição de direitos fundamentais, assumindo o Estado diferentes papéis para a efetivação dos direitos propostos em cada um deles (PIOVESAN, 2006). Assim, os direitos civis e políticos são considerados de aplicação imediata ao passo que os direitos econômicos, sociais e culturais preveem aplicação progressiva pelos países.

Contudo, apesar do processo de afirmação dos direitos humanos, permanecem frequentes as violações aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, o que resultou em um movimento internacional propondo um modelo de intervenção com base na desinstitucionalização do portador de transtorno mental, por meio da desconstrução da concepção manicomial e da estruturação de novas práticas assistenciais aos enfermos, as quais deveriam permitir o resgate de sua cidadania e sua reinserção social (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004). Os pressupostos desse movimento fundamentam-se em diferentes instrumentos internacionais como a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências (1999) e a Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos (2001), que incluem o direito a serviços de reabilitação, à integração na comunidade, à acomodação razoável e à liberdade

e segurança da pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2005).

Os direitos humanos devem, portanto, serem assegurados a todas as pessoas sem qualquer forma de discriminação. Todavia, Paiva, Stefanelli e Arantes (2000) afirmam que os transtornos mentais ainda são alvo de discriminação social por gerarem mal estar nas pessoas, não só pelo medo do desconhecido, mas por se referirem a algo permeado por crenças e preconceitos.

Do exposto até então, algumas ideias chamaram nossa atenção, especialmente após a conclusão recente de estudo de mestrado, no qual abordamos a vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (MOLL, 2008). Essa pesquisa evidenciou que a terapêutica do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) colaborou para a adesão dos usuários ao tratamento e para redução das internações psiquiátricas; entretanto, a vida social dessas pessoas permanecia centrada no contexto familiar e no ambiente do CAPS, revelando dificuldades para interação social com a comunidade, uma vez que parece haver um estigma social frente à esquizofrenia.

Diante das breves considerações apresentadas e do apreendido durante o estudo de mestrado, indagamo-nos a respeito do exercício dos direitos por parte dos moradores dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) em sua trajetória de vida. De forma mais clara, surgiu a seguinte questão: Qual a percepção que os moradores do SRT têm da atuação deste serviço para o exercício de seus direitos humanos?

Portanto, esta pesquisa apresenta como objeto estudar as formas de intervenção dos SRTs no exercício dos direitos humanos dos seus moradores e se fundamenta nos pressupostos do modelo de psiquiatria democrática italiana, adotado pelo Brasil, segundo o qual se valoriza o percurso de (re) construção de vida dos portadores de transtornos mentais e o exercício de seus direitos humanos.

Consideramos pertinente, também, expressar que há poucas pesquisas sobre o tema, especialmente envolvendo a vida e o exercício dos direitos humanos de portadores de transtornos mentais que residem nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), bem como fatores relacionados à qualidade de vida dessas pessoas no contexto sociocultural no qual estão inseridas.

Dessa forma, este estudo apresenta como objetivo geral **descrever, em profundidade, a atuação de um dos serviços residenciais terapêuticos da cidade de Uberaba na vivência dos direitos humanos de seus moradores.**

Para o alcance desse objetivo, foram estabelecidos os seguintes objetivos

específicos:

- ► Demonstrar a dinâmica e estrutura organizacional de um serviço de residência terapêutica de Uberaba;
- ► Descrever o cotidiano dos moradores de um serviço de residência terapêutica de Uberaba;
- ► Identificar, na fala dos moradores, a vivência dos seus direitos humanos, com ênfase no direito à saúde, moradia, trabalho, lazer, liberdade, educação e igualdade.

Visando atender aos objetivos propostos, é fundamental aprofundar os conceitos relacionados às bases jurídicas da reforma psiquiátrica e aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais.

2 OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS, OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS E O EXERCÍCIO DOS DIREITOS HUMANOS

2.1 A Proteção dos Direitos Humanos no Plano Internacional e Interno

Como marco histórico do processo de afirmação dos direitos humanos, destaca-se a Declaração de Direitos do Estado da Virgínia da América do Norte, elaborada no século XVII, elencando os direitos humanos fundamentais que deveriam ser respeitados pelos Estados. Posteriormente, a Assembleia Nacional Francesa aprovou, em 1789, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, instrumento que exerceu influência mundial por meio de reflexões sobre os papéis do Estado na efetivação de tais direitos (DALLARI, 2004).

Contudo, esses instrumentos não resultaram diretamente em ações estatais em prol da garantia dos direitos humanos fundamentais e o desrespeito a esses direitos continuou ocorrendo, desencadeando duas guerras mundiais no século XX (1914 e 1939). Frente a essa realidade, Dallari (2004) adverte que, após o término da Segunda Guerra Mundial (1945), os representantes políticos dos países vencedores propuseram a criação de um equipamento que enfatizasse o valor humano, o qual não deveria ser superado pela ambição e pelo desrespeito. Para tanto, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, que organizou uma Comissão de Direitos Humanos com vistas à redação de um documento norteador dos direitos humanos, o qual foi aprovado pela ONU em 1948, passando a ser considerado um marco do movimento de proteção internacional dos direitos humanos.

A Declaração (ANEXO 1) detalha exigências que priorizam a dignidade humana por meio do respeito, harmonia e justiça com vistas à manutenção da paz das nações. Para o alcance de tais prioridades, dentre as determinações da Declaração dos Direitos Humanos, destaca-se que todos os membros da sociedade têm o direito à concretização dos direitos culturais, sociais e econômicos, bem como à segurança social, que são recursos necessários para o desenvolvimento livre e digno da personalidade humana (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 1946). Todavia, como a sociedade internacional poderia incorrer no mesmo problema da não aplicabilidade desses direitos, tal como ocorrera com os direitos do homem e do cidadão descritos em 1789, os direitos civis e políticos, econômicos, sociais e culturais foram preconizados em tratados internacionais específicos como o Pacto da ONU sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto da ONU sobre Direitos

Econômicos, Sociais e Culturais de 1966. Além desses, é importante ressaltar a Declaração de Viena sobre Direitos Humanos de 1993, a qual confirmou que esses direitos são universais, indivisíveis e inter-relacionados. Portanto, este estudo embasa-se nesses pressupostos e prioriza, no contexto dos direitos humanos, os direitos civis e sociais dos portadores de transtornos mentais residentes em um SRT da cidade de Uberaba.

Nessa perspectiva, acrescentamos que a universalização favorece a extensão universal dos direitos humanos por acreditarmos que o simples fato da existência do ser humano preenche o critério da titularidade do direito e a indivisibilidade, por si só, conjuga os direitos civis e políticos aos econômicos, sociais e culturais.

Para se inserir no sistema de proteção internacional dos direitos humanos, em 1992, o Brasil aderiu à Convenção Americana e aos dois Pactos de Direitos Humanos das Nações Unidas de 1966, promulgando, em sua legislação interna, estes direitos fundamentais. No entanto, para a consecução dos direitos sociais, são necessárias medidas programáticas internas, tais como a edição de legislação infraconstitucional, de forma que estes direitos sejam efetivamente garantidos pelo Estado (PIOVESAN, 2007).

Cabe enfatizar que, em 1993, a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos reforçou também o fato da legislação internacional de direitos humanos proteger as pessoas com deficiências mentais e físicas. Para efetivação dessa proposta, os Estados deveriam viabilizar esses direitos por meio de legislações internas (OMS, 2005).

Posteriormente, em 1996, foi elaborada a "Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos", que norteou os países na formulação de leis na área da saúde mental, bem como as "Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais" com o intuito de auxiliar a compreensão e interpretação dos Princípios e avaliar o acesso aos direitos humanos nas instituições (OMS, 2005).

Nesse sentido, Dallari (2004) adverte que a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Assembleia Geral da ONU gerou um compromisso moral dos países para com os seres humanos, sem distinção ou discriminação. No Brasil, a Constituição de 1988 confirmou o compromisso do país e inovou ao atribuir aos direitos humanos uma natureza especial e diferenciada de norma constitucional. O artigo 5º, §2º inclui, entre os direitos fundamentais, os

enunciados dos tratados internacionais dos quais o Brasil faz parte (BRASIL, 1988).

Destaca-se, portanto, que a afirmação dos direitos humanos representa um contínuo processo de construção de uma vida digna para o ser humano, sendo moldado de acordo com as transformações resultantes da evolução histórica e cultural das sociedades (ARENDT, 1989). No que se refere aos portadores de transtornos mentais, a proteção de seus direitos humanos vem sendo reforçada por meio dos movimentos de reformas psiquiátricas que priorizam a garantia de um cuidado integral em associação à manutenção desses sujeitos no meio comunitário e familiar, com valorização ao exercício de sua cidadania.

2.2 O Direito à Saúde dos Portadores de Transtornos Mentais: a Reforma Psiquiátrica e a Estruturação de Novos Serviços de Saúde Mental

Os direitos humanos se destacam por sua indivisibilidade e interdependência. Sendo assim, como já exposto, os direitos civis e políticos e os sociais, econômicos e culturais passaram a compor os direitos de todos os seres humanos. Nesse contexto, a saúde foi considerada um direito social e fundamental das pessoas, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica (ROCHA, J., 1999).

Considerando esta nova perspectiva que busca mudanças que valorizem os seres humanos, surgiram, nos Estados Unidos e na Europa, algumas propostas de reforma na assistência psiquiátrica.

De forma geral, nos países europeus, principalmente na Inglaterra e França, o enfoque terapêutico para portadores de transtornos mentais, nas décadas de sessenta e setenta do século passado, centrava-se no controle de sintomas para que as pessoas pudessem ser desospitalizadas. Já em 1980, o propósito era inserir a pessoa na sociedade, oferecendo-lhe condições para que se mantivesse participativa no mercado de trabalho e no meio familiar. A partir dos anos 90, mantém-se uma proposta de assistência comunitária centrada na reabilitação, autonomia e melhora da qualidade de vida dessas pessoas junto à sociedade (DRAKE et al., 2003).

Assim, em 1990 foi elaborada, na Venezuela, a Declaração de Caracas,

documento norteador para a reestruturação da atenção psiquiátrica nos sistemas locais de saúde, objetivando promover a superação do modelo hospitalocêntrico e a mobilização contra abusos, maus tratos e exclusão dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2002a).

Evidencia-se, nesse contexto, a necessidade premente de reestruturação da assistência psiquiátrica. Todavia, mesmo sendo um movimento proposto em diferentes países, observa-se que não houve um padrão uniforme de mudanças, visto que essas dependem de múltiplos fatores, tais como cultura, assistência social, dedicação política e econômica, dentre outros. Contudo, independentemente desses aspectos e da região geográfica, este processo pode ser definido como:

> Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do "louco" e da "loucura", mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos (BRASIL, 2007a, p. 63).

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica iniciou-se no final da década de 1970, quando algumas tentativas de mudanças do sistema asilar de assistência em saúde mental se fizeram sentir (ROCHA, R., 2005).

A reforma psiquiátrica brasileira pode ser vista como um processo social e político decorrente das evidências da necessidade de assegurar cidadania aos portadores de transtornos mentais, o que se relaciona também à ideologia da humanização da assistência em saúde com ênfase na assistência psiquiátrica. De acordo com o movimento de reforma, esse processo deve incidir não apenas nos serviços de saúde, mas, também, em múltiplas instituições por onde percorrem os cidadãos, tais como universidades, grupos familiares, instâncias governamentais, entre outras (DELGADO, 1992).

Salientamos que, no Brasil, desde a publicação da Declaração de Caracas, iniciou-se um processo de mudança na concepção da assistência e dos transtornos mentais, uma vez que a proposta terapêutica não priorizava apenas os fatores biológicos, mas também a inter-relação desses aos de natureza psicossocial. Delgado (1992) expõe que, assim, iniciou-se a estruturação de propostas centradas na modernização gerencial e no planejamento em saúde, as quais se embasaram na inquietação resultante do binômio cidadania-cuidado.

Desse modo, a implementação de novos equipamentos assistenciais em

saúde mental começou a ser elaborada e, posteriormente estruturada, no país, com a realização da primeira Conferência Nacional em Saúde Mental, em 1987, e com a Segunda Conferência Nacional em Saúde Mental, em 1992, as quais se fortaleceram após a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início de 1990 (ROCHA, R., 2005).

Destacamos que as reformas sanitária e psiquiátrica constituíram movimentos simultâneos que valorizavam a cidadania. Entretanto, essa cidadania é concebida sob óticas distintas, pois, enquanto na reforma sanitária brasileira são almejadas a equidade e a igualdade social, na reforma psiquiátrica a busca é pela humanização do cuidado e a (re) conquista da participação social (DELGADO, 1992).

Como observam Barros, Tung e Mari (2010), a implantação do Sistema Único de Saúde favoreceu a desospitalização e impulsionou a substituição da assistência vigente, centrada exclusivamente, em longos períodos de internações hospitalares, pela composição de uma rede de Saúde Mental. Tal rede foi classificada como assistência "extra-hospitalar", cuja prioridade era substituir as internações hospitalares e o isolamento social por um cuidado voltado para a inclusão social e inserção familiar e comunitária.

Sendo assim, do ponto de vista prático, a reforma dessa assistência proporcionou redução de internações psiquiátricas, desospitalização e criação de serviços comunitários que foram estruturados para atender aos portadores de transtornos mentais, os quais, até então, tinham como referência apenas o modelo assistencial hospitalocêntrico (TANSELLA et al., 2006).

Para tanto, foi necessário efetivar, legalmente, essa nova ideologia assistencial fundamentada nas Conferências Nacionais de Saúde de 1987 e 1992 e regulamentada por meio da publicação das seguintes Portarias ministeriais: Portaria 189/1991, que estabeleceu a normatização e o financiamento governamental de novos serviços de saúde mental, uma vez que, até os anos noventa, apenas o modelo hospitalocêntrico era financiado pelo Governo Federal, e a Portaria 224/1992, que apresentou as normas para o atendimento ambulatorial em saúde mental, bem como estabeleceu a presença de unidades/leitos psiquiátricos em hospitais gerais e do serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral (BRASIL, 2004a).

Desde então, visando a melhor qualidade da assistência prestada, houve o fechamento de um conjunto significativo de hospitais psiquiátricos, bem como a

redução do número de leitos hospitalares, primeiramente nos hospitais de grande porte (ROCHA, R., 2005).

Cabe esclarecer que, paralelamente a este movimento de reforma psiquiátrica, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou a Resolução 46, de 17 de dezembro de 1991, dispondo sobre a proteção das pessoas com problemas mentais e a melhoria no que se refere aos seus direitos (WACHENFELD, 1992).

No entanto, essa Resolução não refletiu imediatamente na reestruturação das políticas brasileiras de saúde mental, pois, somente em 2001, a Lei Federal 10.216 consolidou o movimento de reforma psiquiátrica no país ao redirecionar a assistência em saúde mental de modo a privilegiar a oferta de tratamento em serviços comunitários e dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, o que legalizou e conferiu sustentação ao movimento (BRASIL, 2005).

Ao abordar o tema, Santos, M. (2004) corrobora que a Lei 10.216 representa a necessidade do respeito à dignidade e à cidadania dos portadores de transtorno mental, reafirmando, portanto, a garantia a essas pessoas para que participem da vida em comunidade de forma a buscarem espaços sociais, segundo as possibilidades existentes.

Sendo assim, este conjunto de normas embasa a reforma e ampara, legalmente, a necessidade de humanizar os equipamentos de tratamentos já existentes (hospitais psiquiátricos) e de oferecer recursos para a criação de serviços extra-hospitalares. Ambas as alternativas de tratamento deveriam ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais, com enfoque de trabalho interdisciplinar, para que pudesse ser assegurada a adaptação do portador de transtorno mental às relações coletivas.

Neste novo contexto assistencial, o enfoque se desloca da exclusão, centrando-se na reabilitação psicossocial. Pereira (2007, p. 660) define a reabilitação psicossocial como um “conjunto de estratégias direcionadas a aumentar as possibilidades de trocas, a valorização das subjetividades e a proporcionar contratualidade e solidariedade, ultrapassando, assim, a mera implantação das redes de serviço.” Para Santos, S. (2006), a reabilitação psicossocial pode e deve ter as características de unidades alternativas que podem ser associadas ao tratamento em saúde mental. Ressalta-se ainda que os profissionais de saúde

mental devem atuar no território/comunidade por meio da integração desses sujeitos nas atividades de projetos terapêuticos, os quais devem priorizar o incentivo à autonomia, o resgate de potencialidades e a reinserção na comunidade, possibilitando a essas pessoas oportunidades para realizarem os afazeres da vida cotidiana.

Surgem, então, novos cenários de prestação de cuidados aos portadores de transtornos mentais, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e Cultura, as unidades/leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o programa "De volta para casa", o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Segundo Rocha, R. (2005, p. 36-37), o CAPS pode ser definido como "um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e práticas. Em vez de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece ponte com a sociedade". Tal dispositivo assistencial é regulamentado pela Portaria 336/2002 (BRASIL, 2005).

Os Centros de Convivência e Cultura são concebidos no campo da cultura e devem oferecer aos portadores de transtornos mentais oportunidades para serem ativos na comunidade, por meio de produções culturais, o que irá favorecer a construção de espaços de sociabilidade para essas pessoas. Deve-se destacar que tais Centros foram regulamentados pela Portaria 396/2005 (BRASIL, 2005).

Outra Portaria, a 224/1992, estabeleceu que os leitos em hospitais gerais devem ser destinados àqueles casos em que todas as possibilidades de atendimento em serviços extra-hospitalares e de urgência tivessem sido esgotadas e, ainda assim, se fizesse necessária a internação. Para tanto, os hospitais gerais devem ter 10% dos seus leitos para pessoas com transtornos mentais, as quais devem receber atendimento interdisciplinar (BRASIL, 2005).

Em 2003 institui-se a Lei Federal nº 10.708, a qual norteou o programa "De volta para casa", de modo a colaborar com a efetivação do processo de inserção social das pessoas com longa história de internações psiquiátricas, por meio de um auxílio financeiro no valor de R$320,00 (BRASIL, 2005).

Para melhorar a qualidade dos Serviços Hospitalares prestados aos portadores de transtornos mentais, usuários do Sistema Único de Saúde, foi criado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH PSIQUIATRIA), o qual busca avaliar e direcionar os hospitais psiquiátricos no que se

refere ao respeito aos princípios de universalidade e de equidade (BRASIL, 2002b).

Há também os serviços residenciais terapêuticos (SRT), que constituem moradias na comunidade destinadas às pessoas com transtornos mentais que não têm laços familiares e nem suporte social. Assim, essas moradias são ocupadas, na maioria das vezes, por pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência (dois anos ininterruptos ou mais). Para subsidiar legalmente essa proposta, destacam-se a Portaria 106/2000, dispondo sobre a criação dessas moradias no âmbito do Sistema Único de Saúde, e a Portaria 1.220/2000, que dispõe sobre o funcionamento desses serviços (BRASIL, 2004a).

Embora tenham sido regulamentadas em 2000, pela Portaria 106, apenas recentemente intensificou-se a estruturação das Residências Terapêuticas. Figueiredo e Frare (2008) argumentam que essas casas devem ser consideradas espaços de “moradia” e não locais de tratamento. Essa realidade fez com que a implantação desses serviços fosse adiada, uma vez que era prioritário compor a rede de tratamento extra-hospitalar para garantir a desospitalização.

No entanto, em 2004, iniciou-se o estímulo para a criação desses serviços, por meio da Portaria 2068/2004, a qual foi substituída pela Portaria 246, em 2005. Esse estímulo foi previsto, em ambas as portarias, por meio da instituição de incentivo financeiro de dez mil reais - valor para ser aplicado na melhoria e/ou implantação de residências terapêuticas nos municípios. O repasse é feito em parcela única e não onera os tetos estaduais e municipais, visando à consolidação da rede extra- hospitalar de atenção à saúde mental em todas as unidades da Federação (BRASIL, 2010). Já em 2011, a Portaria 3090 classificou os serviços residenciais terapêuticos em tipo I e tipo II e, diante dessa classificação, redefiniu as diretrizes de funcionamento e o incentivo financeiro para cada um deles (BRASIL, 2011).

A residência terapêutica classificada como tipo I destina-se às pessoas que estão em processo de desinstitucionalização e nela podem residir até oito pessoas que devem ser referenciadas por um cuidador, o qual é acompanhado por uma equipe técnica de saúde mental que tem a responsabilidade de estabelecer projetos terapêuticos individualizados para os moradores. Tanto esses projetos como os cuidados prestados por esse(a) cuidador(a) de referência devem fundamentar-se na (re)estruturação da rede social desses moradores por meio do trabalho, da educação, do lazer e de outras estratégias existentes na comunidade, as quais

favoreçam a reabilitação psicossocial desses sujeitos (BRASIL, 2011).

Já as residências classificadas como tipo II acolhem pessoas (mínimo de quatro e máximo dez moradores) com maior grau de dependência**,** resultante, sobretudo, de comprometimentos físicos que exigem a prestação de cuidados contínuos. Nessa classificação, o cuidado é prestado por aproximadamente cinco cuidadores (em regime de escala de trabalho) e um técnico de enfermagem, que trabalha diariamente; esses profissionais também são acompanhados por uma equipe técnica de referência em saúde mental que estabelece um projeto terapêutico durante o processo de desospitalização de cada morador. Nesse projeto, o enfoque deve ser a adequação às atividades de vida diária (higienização pessoal, autocuidado, alimentação, entre outras), o treinamento para as habilidades sociais (comunicação e outras), bem como demais ações que possibilitem a essas pessoas se sentirem em um lar, onde existem outras pessoas que os ajudam a viver melhor e, assim, (re) construírem vínculos afetivos. Deve-se também destacar, nessa classificação, a necessidade de adequações/adaptações no espaço físico da casa para melhor atender às necessidades físicas dos moradores (BRASIL, 2011).

Essa nova legislação estabelece ainda que o incentivo financeiro para a implantação de ambas as classificações de serviços é de vinte mil reais. Contudo, o repasse financeiro mensal se diferencia entre essas classificações. Na residência terapêutica tipo I, ele depende do total de moradores (mínimo quatro e máximo oito) e, havendo o número máximo de moradores, é repassado um valor de dez mil reais, mensalmente. Nas residências de tipo II, o repasse financeiro também é variável conforme a quantidade de moradores; se a residência estiver com o número máximo de pessoas (10), o repasse mensal é de vinte mil reais (BRASIL, 2011).

Salientamos que mesmo com o estímulo financeiro proposto pela Portaria, as residências terapêuticas estão sendo lentamente implantadas no território brasileiro, não estando ainda disponíveis na maioria das áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família do Brasil (SANTOS JUNIOR; SILVEIRA, 2009).

A implantação deste equipamento de saúde mental é, portanto, um desafio. No Brasil, em 2011, foi realizado um levantamento sobre a composição quantitativa da rede de serviços de saúde mental, identificando um total de 625 residências terapêuticas em funcionamento e 154 novos SRTs sendo implantados. Em Minas Gerais, há 104 residências, das quais 77 estão funcionando e 27, na época, estavam em processo de implantação (BRASIL, 2012a).

Vale destacar que as residências terapêuticas devem estar localizadas, preferencialmente, na rede urbana de forma a favorecer a busca por autonomia, o exercício de direitos e a prática da cidadania. A partir desses princípios, esses serviços revelam o seu papel na construção de vida de seus moradores na sociedade (FIGUEIREDO; FRARE, 2008).

Dentre as metas do serviço residencial, destacam-se os deveres de acolher os usuários, garantir acessibilidade e criar novos modos de intervir frente ao sofrimento psíquico. Dessa forma, determinou-se que a quantidade de moradores pode variar conforme a classificação do serviço (para o tipo I, mínimo 4 e máximo 8, e, para o tipo II, mínimo 4 e máximo 10), visando favorecer a interação entre eles e também com a equipe multidisciplinar. Em linhas gerais, o serviço possibilita retirar o contingente de pessoas que não têm vínculos e laços afetivos com familiares de cenários como as internações de longa duração em hospitais psiquiátricos, situação de rua, isolamento em instituições penais e manicômios de ordem judiciária (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Assim, a questão central da residência terapêutica reside em habitar uma casa, visando compor a rede social de seus moradores por meio da inserção desses sujeitos na rede de serviços de saúde e nas relações comunitárias. A recepção do usuário inicia-se por meio de um longo processo de reabilitação, no qual se busca a sua autonomia, o que beneficiará o processo de inclusão social. Nesse sentido, é relevante que no interior dessa casa não sejam estabelecidas normas rígidas e centradas em medicamentos, de forma a possibilitar às pessoas o enfrentamento das vicissitudes surgidas ao longo da vida (SANTOS JUNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009).

Diante dessas considerações, nota-se que as residências terapêuticas estão inseridas em um cenário mundial ainda permeado pelo estigma da doença mental e de seus portadores. Mas, mesmo assim, acreditamos que os serviços residenciais terapêuticos podem representar um importante espaço para o resgate da cidadania dos portadores de transtornos mentais, facilitando aos seus moradores o exercício de seus direitos.

2.3 Direito e Saúde Mental

Nos primórdios do movimento de reforma psiquiátrica, constata-se a necessidade de aliar o saber médico ao saber jurídico com vistas à ampliação das estratégias assistenciais comunitárias e à (re) inserção dos portadores de transtornos mentais como pessoas de direito na sociedade (DELGADO, 1992).

Em seu estudo, Gondim (2001) menciona a influência da reforma psiquiátrica sobre alguns profissionais de instituições psiquiátricas e até mesmo sobre membros da sociedade que se sensibilizaram e se mobilizaram em prol dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Esse mesmo autor também expõe que o tema passou a ser discutido no meio social e político, pois está diretamente relacionado aos direitos humanos.

Conforme Delgado (1992), no cenário brasileiro, houve algumas manifestações políticas incipientes no século passado, as quais se embasaram em diversos Decretos publicados desde o final do século XIX até o ano de 1961 do século XX; são eles: Decretos 206, 508 e 791, de 1890; Decreto 896, de 1892; Decreto 2.467, de 1897; Decreto 3.244, de 1899; Decreto 1.132, de 1903; Decreto 8.834, de 1911; Decreto 4.294, de 1921; Decretos 4.665 e 4778, de 1923; Decreto 5.148-A, de 1927; Decreto 24.559, de 1934, e o Decreto 49.974, de 1961.

Segundo Pinho (2000), esses Decretos regulamentavam disposições estabelecidas nas Constituições Federais de 1891, 1934, 1937 e 1946. Ao examinarmos o propósito desses Decretos nas referidas Constituições, identificamos que eles regulamentavam, em sua maioria, aspectos legais, organizacionais e as diferenciações da assistência médico-legal de alienados, a administração das instituições hospitalares, a criação de colônias nos arredores dos grandes hospícios existentes nesse período, a criação da escola de enfermagem no Hospício Nacional dos Alienados, bem como outras necessidades operacionais e organizacionais relacionadas aos psicopatas e à profilaxia mental.

Diante da realidade do ordenamento jurídico brasileiro, concordamos com Delgado quando expressa que tais manifestações políticas não valorizaram as necessidades biopsicossocias do portador de transtorno mental, priorizando apenas a manutenção da ordem social.

Essa concepção legal induziu à exclusão social dos portadores de transtornos mentais, acolhidos em espaços “asilares” e não em espaços assistenciais de saúde.

Sendo assim, as práticas vigentes no espaço asilar durante os anos de 1960 em todo o território brasileiro foram alvo de muitas críticas. Nesse sentido, o artigo 5º do Código Civil Brasileiro, em vigor até o final do século XX, inseria os portadores de transtornos mentais entre os "loucos de todos os gêneros", que eram compostos pelos seguintes sujeitos: pessoas obrigatoriamente tuteladas, surdas e mudas, menores, entre outros (DELGADO, 1992). Nesse contexto, chama-nos a atenção o fato do portador de transtorno mental ser citado por duas vezes, uma pelo diagnóstico médico e, outra, por ser obrigatoriamente tutelado, uma vez que, do ponto de vista civil, essas pessoas eram consideradas incapazes de gerir a própria vida.

A partir do final da década de 1970, o Brasil adotou as propostas da Psiquiatria Democrática oriundas da Itália e concebidas por Franco Basaglia, que priorizavam a emancipação dos portadores de transtornos mentais (DELGADO, 1992).

Para alcançar essa emancipação, as diretrizes da Psiquiatria Democrática valorizavam as relações dos sujeitos no meio social com suas respectivas experiências (BEZERRA JUNIOR, 1992). A partir dessa valorização, iniciou-se um processo de desconstrução das instituições para restabelecer o contato com os portadores de transtornos mentais (AMARANTE, 1995; ANAYA, 2004).

Para Amarante (1995, p. 49),

> […] desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

Na Itália, a desinstitucionalização se embasou na estruturação de uma política composta por todos os atores interessados (os próprios pacientes, os familiares, a sociedade, entre outros), os quais deveriam propiciar a construção de estruturas externas ao hospital psiquiátrico, cuja meta principal era fazer do "paciente" um sujeito ativo e inserido na sociedade (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 36).

Sendo assim, o modelo italiano de psiquiatria democrática enfatizava a construção da dignidade humana dos portadores de transtornos, o que pode ocorrer:

> Através da implementação de um tratamento destinado a todos os indivíduos, independentemente de cor, raça, credo, capacidade mental e estado, garantindo a todos os seres humanos um mínimo existencial para poderem viver e conviver com felicidade e harmonia (SANTOS, M., 2004, p. 52).

No entanto, Delgado (1992) lembra que somente após 1980 ressurgiu a temática dos direitos humanos nos debates normativos e legais da legislação psiquiátrica, uma vez que, até então, se discutiam apenas a resolutividade, o alcance social, a proteção social e as práticas assistenciais em saúde mental desenvolvidas prioritariamente nos hospitais psiquiátricos. Como resultado desses debates, iniciou-se a elaboração técnica de documentos normativos, os quais priorizavam a reformulação da assistência e os direitos do paciente.

Delgado (1992) esclarece também que os resultados do movimento de reforma psiquiátrica brasileira perpassam pelo saber médico por meio da transformação do louco em doente mental e incorporam as concepções do direito por meio da cidadania e dos direitos humanos.

Nesse sentido, a articulação entre direito e psiquiatria fundamenta-se em três situações: modelo do cuidado (equidade, administração, práticas assistenciais, entre outras), justiça penal (periculosidade e inimputabilidade) e no exercício dos direitos civis pelo portador de transtorno mental, uma vez que é considerado incapaz de administrar sua vida (DELGADO, 1992).

Historicamente, no que tange ao direito civil, há uma expressão muito utilizada e que chamou a atenção de Pedro Delgado, em 1992, quando publicou um livro sobre sua tese de doutorado. Foi ela: “louco de todo o gênero”, que implicou na generalização de todas as pessoas com transtornos mentais, impedindo-lhes de exercer os seus direitos civis, tais como: fazer contratos, herdar bens, ter filhos (se tivessem filhos, as crianças eram consideradas bastardas), casar, entre outros (DELGADO, 1992).

Nessa perspectiva, desde a segunda metade do século XX, em vários países do mundo, estão descritas exigências na legislação que enfatizam o exercício mínimo da cidadania. Além disso, o impedimento ao exercício dos direitos é considerado ato antidemocrático.

A partir dessa visão crítica, as legislações são revisadas incorporando-se a ideia de que as pessoas têm o dever de exercer os seus direitos e afrontar pessoas

ou organizações que impeçam ou dificultem esse exercício, uma vez que a participação social é considerada um dever (DALLARI, 2004).

Na atualidade, Ventura (2011a) esclarece que os direitos dos portadores de transtornos mentais são expressos pelos conceitos de cidadania representados pelos direitos civis, políticos e sociais, os quais direcionam as práticas sociais, a cultura, a legislação e as políticas sociais no plano internacional e nacional. Nesse sentido, também há outros aspectos dos direitos humanos que são direcionados pelas representações teóricas, sociais e culturais, as quais se refletem na saúde mental e, consequentemente, norteiam a legislação civil, penal e psiquiátrica.

Em 2006, foi aprovada a Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Conforme Ventura (2011a), essa Convenção visava promover, proteger e assegurar o desfrute pleno e em condições de igualdade de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência e promover o respeito à sua dignidade inerente. Essa mesma autora esclarece que também foi ratificada nesse documento a proibição da discriminação das pessoas com deficiência em aspectos da vida, incluindo os direitos políticos, civis, sociais e econômicos, como a garantia à educação e aos serviços de saúde. Por fim, nele estão assegurados o reconhecimento da igualdade perante a lei, o acesso à justiça, bem como a liberdade e segurança da pessoa.

Importa ainda ressaltar termos identificado, em nossas buscas, que as descrições do direito não distinguem a deficiência intelectual (mental) do transtorno mental. Contudo, a ciência médica reforça essas diferenças e, nesse sentido, Fulgencio (2007) esclarece que as pessoas com deficiência intelectual têm um padrão intelectual abaixo da média, o que não caracteriza primariamente o transtorno mental. Para a Organização Mundial de Saúde (2001, p. 18), o transtorno mental pode ser definido como “[...] alterações no modo de pensar e do humor, ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida.”

Frente aos conceitos anteriormente expressos, apesar de não constar esta diferenciação nos instrumentos de direito, parece-nos clara a diferença entre transtorno mental e deficiência intelectual. Todavia, apesar das diferenças, como seres humanos, os portadores de transtornos mentais possuem seus direitos assegurados. Nessa perspectiva, não é permitida a restrição do exercício da cidadania, sob quaisquer circunstâncias.

No entanto, na prática, há limitações específicas que devem ser aplicadas no âmbito da saúde mental (VENTURA, 2011a). Nesse contexto, existem os Princípios de Siracusa sobre a Limitação e Anulação de Disposições Contidas no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos que estabelecem os seguintes critérios: a restrição deve ser prevista e executada em conformidade com a lei; a restrição deve ocorrer tendo em vista a legitimidade do interesse geral; a restrição deve ser estritamente necessária em uma sociedade democrática para se alcançar o objetivo; a restrição deve ser necessária para responder a uma necessidade de saúde pública; a restrição deve ser proporcional ao alvo social e não deve ser arbitrariamente elaborada ou imposta. A(s) restrição(ões) deve(m) ser sujeita(s) à revisão e devem ter duração limitada, bem como estar(em) coerente(s) com os critérios anteriormente descritos (OMS, 2005).

De maneira geral, pode-se perceber que o movimento reformista é o grande responsável pelos avanços na proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais no âmbito internacional, uma vez que gerou reflexões e documentos específicos acerca dos saberes e práticas assistenciais vigentes com vistas à eliminação das intervenções excludentes e à criação de propostas centradas na valorização humana, o que é coerente à prática dos direitos humanos (CINTRA JUNIOR, 2003).

Um dos resultados desse movimento são os serviços residenciais terapêuticos destinados à moradia de portadores de transtornos mentais, visando oportunizar que essas pessoas vivam em comunidade e exerçam a cidadania. Ao buscarmos por estudos que descrevem experiências nas residências terapêuticas anteriormente definidas e apresentadas, deparamo-nos com práticas de atividades de reabilitação incentivando o exercício dos direitos humanos e cidadania por parte dos portadores de transtornos psiquiátricos. Dessa forma, Drake et al. (2003) argumentam que as práticas de atividades de vida diária, de trabalho, educação e lazer devem fazer parte das habilidades a serem desenvolvidas nas atividades de reabilitação; ainda segundo Test e Stein (1976), elas devem ocorrer na própria moradia das pessoas e caracterizar o seu cotidiano.

Nessa perspectiva, consideramos que os serviços residenciais terapêuticos devem ser espaços propícios para a garantia dos direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais. A este respeito, Gable et al. (2005) e OMS (2005) asseguram que o movimento pelos direitos dos deficientes defende o direito à

privacidade e autonomia individual desses sujeitos, bem como a promoção de um ambiente de vida com acesso à informação e à participação social.

Nesse sentido, abordamos a seguir aspectos relevantes dos direitos fundamentais dos cidadãos em geral e daqueles que têm transtorno mental, uma vez que existem limitações e singularidades inerentes aos transtornos mentais que garantem a esses indivíduos direitos especiais.

2.4 Os Direitos de Igualdade

De acordo com a Constituição Federal de 1988, todos os cidadãos são iguais perante a lei. Essa afirmativa é norteada pelo Estado Democrático de Direito que pressupõe a acessibilidade universal aos bens materiais, à cultura e à educação, o que Musse (2008) denomina de igualdade material ou positiva.

Segundo Dallari (2004), é essencial assegurar ao ser humano, no mínimo, a dignidade e as oportunidades com vistas à efetivação da igualdade material anteriormente descrita.

Existe, também, a igualdade formal ou negativa que determina a não discriminação social, política, religiosa ou de gênero, o que se torna positivo diante da ponderação de que os homens são diferentes. Nesse contexto, Carvalho Netto (2003, p. 52) aponta que “é um direito sermos diferentes”.

Portanto, percebemos que, num primeiro momento, a proteção dos direitos humanos fundamentou-se na igualdade formal, na qual se desconsideravam as diferenças individuais. No entanto, gradativamente a sociedade contemporânea foi considerando que a “diferença” deve ser valorizada, mas não deve ser utilizada para retirar ou diminuir os direitos, mas sim para promovê-los. Dessa forma, parece-nos ser necessário garantir aos portadores de transtornos mentais uma proteção especial em virtude das suas vulnerabilidades e das próprias limitações impostas pelo adoecimento ou pela sociedade diante do diagnóstico psiquiátrico propriamente dito. Musse (2008) alerta que os avanços da biotecnologia e da engenharia genética possibilitaram investigações do genoma humano, o que pode interferir na continuidade da gestação de um embrião ou de um feto cujas evidências genéticas e científicas demonstram transtorno mental. Entretanto, a Constituição Federal

Brasileira de 1988 menciona não ser autorizada a prática do aborto eugênico e a sua permissão está em discussão, na Assembleia Legislativa, com ênfase nos casos de comprovação da não sobrevivência do feto após o nascimento, o que não ocorre com as pessoas portadoras de transtorno mental. Dessa maneira, o direito de nascer e, consequentemente, à vida, deve ser assegurado aos fetos quando houver evidência científica da presença de transtorno mental. Nessa perspectiva, Dallari (2004) esclarece que o respeito à integridade e à sobrevivência das pessoas precisa ser garantido e faz parte da igualdade humana.

Frente ao fato das pessoas com transtorno mental terem o seu direito de nascer resguardado e à concepção da diferença entre os homens, foram valorizadas as singularidades decorrentes dos transtornos mentais e isso se tornou um desdobramento da igualdade, o que prioriza assegurar a essas pessoas possibilidades reais de inclusão social (MUSSE, 2008).

Consideramos que a inclusão social está intimamente relacionada à saúde e ao exercício do direito à saúde, que já se expressava em documentos de cunho nacional e internacional já citados, tais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1990) e em outros documentos de organizações regionais de direitos humanos como o Conselho da Europa, a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização da Unidade Africana (OUA) (CURY, I., 2005).

De maneira geral, no Brasil, o direito à saúde se afirmou somente a partir da Constituição da República de 1988, que o reconheceu como um direito humano fundamental, de todos, e dever do Estado, resultando em um avanço significativo para a proteção da saúde. Dispõe o art. 196 da Constituição da República que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 41).

Há também outros artigos dessa Constituição Federal que mencionam o tema da saúde. São eles os artigos 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 197, 216, 218, 220, 225, 227 e 230.

Ainda, para melhor estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais, em seis de abril de 2001, foi publicada a Lei 10.216, que, nos artigos 1º e 2º, elenca os direitos desse grupo de pessoas:

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

Durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem ser devidamente informados desses direitos. O Estado deve ainda se responsabilizar pela efetivação e pelo desenvolvimento de políticas que viabilizem o alcance da reinserção social do portador de transtorno mental (BRASIL, 2001a).

Sendo assim, para uma sociedade livre de preconceito, é necessário tratar as pessoas com transtornos mentais de forma igualitária e sem discriminação com o objetivo de evitar o sofrimento e garantir o direito ao tratamento adequado. Para tanto, os profissionais de saúde devem promover medidas especiais que visem garantir a igualdade de oportunidades e tratamento, bem como compensar perdas decorrentes da discriminação e do preconceito para que o direito a liberdade se efetive e a reforma psiquiátrica se consolide no cenário brasileiro.

2.5 Direito à Liberdade

Para Riva (2008), ao longo do século XVII a cidadania civil foi delineada a partir dos direitos à liberdade, dos quais se sobressaiu a liberdade de pensamento, de reunião, de ir e vir, pessoal e econômica. Desde então, todo e qualquer ser humano passou a ser considerado um cidadão detentor desse direito.

Com isso, ao abordarmos a temática dos direitos humanos deparamo-nos com Boto (2005) que menciona existir uma interrelação direta entre os direitos humanos e a liberdade.

Para Hobbes (em obra editada por Molesworth, 1992)[1], a liberdade pode ser entendida como a ausência de obstáculos externos às ações que contribuem para a preservação da vida. Ainda nesse sentido, Bobbio (2002) propõe duas vertentes para a liberdade: liberdade negativa e liberdade positiva.

A primeira pode ser entendida como a liberdade de "agir" no mundo moderno, o que qualifica a ação do sujeito (BOBBIO, 2002). Esse autor refere que a positiva se relaciona à autodeterminação da vontade do sujeito. Nesse contexto, o ser humano é considerado um ser coletivo, o que faz com que essa liberdade seja considerada como a liberdade de "querer" do cidadão.

Nessa perspectiva, destacamos que a liberdade dos portadores de transtornos mentais ainda é um tema discutível, uma vez que mesmo diante de legislações e movimentos reformistas**,** muitas pessoas com transtornos mentais foram e ainda são privadas de sua liberdade devido ao isolamento em instituições psiquiátricas, o que gera a exclusão social.

Assim, a autonomia ético-jurídica das pessoas com transtornos mentais e a prática dos direitos civis são temas que merecem atenção, pois é preciso considerar que esses sujeitos estão respaldados pela legislação civil, como todo e qualquer cidadão. Entretanto, as peculiaridades da doença mental, tais como o diagnóstico propriamente dito e a relação desse diagnóstico à validade ou invalidade dos atos dos seus portadores, são analisadas no contexto jurídico que avalia a capacidade desse sujeito exercer a(s) sua(s) vontade(s) com autonomia (MUSSE, 2008).

A partir desse contexto, percebemos que a capacidade civil dos portadores de transtornos mentais está sujeita à sua condição psíquica, o que Musse (2008)

[1]MOLESWORTH, W. (Ed.). **The collected english works of Thomas Hobbes**. Londres: Routledge, 1992.

esclarece estar sujeita à capacidade de exercício que se relaciona ao exercício de atos civis representados pela compra, venda ou doação de bens, pelo casamento, pela adoção e demais ações executadas pelo ser humano ao longo de sua vida cotidiana. Contudo, Diniz (2005) alerta ser inerente à condição humana a capacidade de direito, segundo a qual o cidadão deve acolher e executar seus deveres, bem como usufruir de seus direitos.

A partir dessas considerações de Musse (2008) e Diniz (2005) acerca da capacidade, consideramos importante mencionar que o artigo 3º e o inciso I do art. 166 do Código Civil dispõem que "os atos jurídicos praticados pelos abosolutamente incapazes só serão validados se forem praticados por meio do seu representante legal" (BRASIL, 1995), ou seja, os sujeitos com incapacidade absoluta não possuem autonomia para praticar os seus direitos e tampouco responder pelas consequências dos seus atos civis, o que os faz ter um representante legal.

Ainda de acordo com o *caput* do artigo 4º e inciso I do art. 171 do Código Civil, a incapacidade é relativa quando os sujeitos conseguem praticar os atos da vida civil, os quais já foram exemplificados nos parágrafos anteriores (BRASIL, 1995). Nessa condição, os sujeitos devem ser assistidos por um representante legal. Dentre esses sujeitos, Musse (2008) refere que estão os pródigos (pessoas que gastam desmedidamente e podem colocar em risco o seu patrimônio). Diante desse sintoma psiquiátrico, recomenda-se que os interesses dessas pessoas sejam protegidos judicialmente.

Mesmo diante dessa realidade jurídica, deve-se enfatizar que os direitos humanos devem ser assegurados a todos, sem qualquer forma de discriminação. Assim, conforme descrito no início deste tópico, eles estão diretamente interrelacionados ao direito à liberdade e, para melhor elucidar essa relação, a Organização Mundial da Saúde expressa a necessidade de ações afirmativas para proteger os direitos de pessoas com deficiência (OMS, 2005).

Sendo assim, a restituição e a manutenção da liberdade da pessoa portadora de transtorno mental ainda são prioridades do movimento da reforma psiquiátrica. Buscando atender a essas prioridades, Rotelli (1994) aborda que "a liberdade é terapêutica" (p. 153), conforme proposto pelo movimento de psiquiatria democrática italiana que fundamentou o movimento de reforma brasileiro.

Dessa forma, para assegurar a importância da liberdade, Basaglia (2005) reforça que o tratamento deve buscar restituir a razão dos portadores de transtornos

mentais e, assim, devolvê-los ou mantê-los em liberdade, o que faz com que a liberdade se transforme em meta para a psiquiatria democrática italiana.

Nessa perspectiva, Ferreira, Padilha e Starosky (2010) ressaltam que os serviços de saúde mental devem valorizar a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, sua singularidade e inclusão social para que a liberdade dessas pessoas seja mantida e/ou restituída.

Após descrevermos as diretrizes legais que buscam garantir a dignidade e a liberdade das pessoas com transtornos mentais, identificamos a importância de abordar alguns direitos que consideramos contribuírem para a construção dessa dignidade e liberdade e, por conseguinte, para o exercício da cidadania desses sujeitos. São eles: moradia, educação e trabalho.

2.5.1 Direito à Moradia

Alfonsin (2003) menciona que o direito à moradia resulta do direito à vida e é uma necessidade vital do ser humano. Musse (2008) expressa ser um direito social que precisa ser valorizado por se referir a um espaço de abrigo para que o homem construa a sua vida com dignidade.

Becker (2009) reforça que as condições de vida humana estão intimamente relacionadas à garantia de uma moradia digna, o que se torna um dos pressupostos para que as pessoas cumpram as normas sociais.

Nessa perspectiva, em 2000, o Estado brasileiro passou a considerar o direito à moradia um direito fundamental, o que foi legalizado pela Emenda Constitucional nº 26, que alterou a redação do artigo 6º da Constituição Federal, com a seguinte descrição: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, p. 7).

Ao refletirmos acerca dos objetivos das práticas assistenciais em saúde mental na atualidade, deparamo-nos com a reabilitação psicossocial que, para ser alcançada, requer um espaço de moradia, o qual exerce uma função de referência para a (re) construção da vida em comunidade, bem como de proteção e abrigo de portadores de transtorno mental (MUSSE, 2008).

Dessa maneira, podemos perceber que a moradia e a inclusão social estão diretamente interligadas e foram norteadas pelo artigo 23 da Constituição Federal, o qual estabelece que os órgãos governamentais federais, estaduais e municipais devem viabilizar a construção de moradias. Dallari (2004) relata, portanto, que a moradia deve ter uma estrutura favorável ao equilíbrio das funções físicas, mentais e sociais do ser humano.

Nesse sentido, deparamo-nos com a proposição legal do artigo 23 da Constituição Federal de 1988 que acrescenta que as instâncias governamentais devem proporcionar recursos para melhorar as condições habitacionais. Ao refletirmos sobre esse artigo, identificamos que ele aborda, também, a questão da inclusão social por meio da seguinte descrição: “combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos” (BRASIL, 1988, p. 10).

Inseridos entre os desfavorecidos estão os portadores de transtorno mental e as intervenções legais para esse grupo de pessoas acerca da moradia são concentradas nos serviços residenciais terapêuticos, descritos no item 2.1 desta tese.

Ao analisarmos a realidade proposta pela legislação para o funcionamento do serviço residencial terapêutico, identificamos que no ambiente interno desse serviço existem deveres dos moradores para a busca coletiva do exercício de direitos representados pelo respeito aos valores, à privacidade, à intimidade e às crenças religiosas, o que remete à cidadania.

De acordo com Pitta e Dallari (1992, p. 21):

> A cidadania não é um atributo dos iguais, dos normais, dos que podem decidir de forma convencional. Os diferentes, os bizarros, os estranhos devem ter seus direitos garantidos. A eqüidade, ou seja, a disposição de atender igualmente aos direitos de cada um passa a ser a utopia a ser perseguida. Substitui-se a homogeneidade, a pasteurização dos sujeitos pelo reconhecimento das suas singularidades.

Partindo-se dessas considerações, fica claro que o serviço residencial terapêutico tende a ser um dos dispositivos de saúde mental que mais favorece a inclusão social do portador de transtorno mental, uma vez que lhe possibilita o exercício do direito social de moradia e de assistência aos desamparados.

2.5.2 Direito à Educação

Dentre os direitos fundamentais, está o direito à educação, que direciona o ser humano ao desenvolvimento e à cidadania plena (RIVA, 2008). De acordo com Dallari (2004), a educação prepara as pessoas para a vida e para as boas relações interpessoais.

O preâmbulo da Declaração de 1948 expressa que a educação compõe um dos ideais a serem alcançados por toda a nação. Nesse sentido, o artigo XXVI dispõe que:

> 1. Toda pessoa tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a educação superior, esta baseada no mérito.
> 2. A instrução será orientada no sentido do pleno desenvolvimento da personalidade humana e do fortalecimento e do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais ou religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz.
> 3. Os pais têm prioridade de direito na escolha do gênero de instrução que será ministrada aos seus filhos (DECLARAÇÃO..., 1948).

O artigo XXVII da referida Declaração enfatiza ainda que o direito de participar da vida cultural da comunidade deve ser extensivo a todas as pessoas.

Considerando este arcabouço legal, fica perceptível que o ser humano, independente da idade, deve ter acesso a duas formas de educação, denominadas por Dallari (2004) de educação formal e informal. A primeira resulta do processo de ensino aprendizagem que ocorre em ambiente escolar e a segunda advém do meio social onde o sujeito vive.

Assim como os artigos XXVI e XXVII da Declaração Universal dos Direitos Humanos anteriormente descritos, Cury, C. (2002) pontua outros documentos internacionais que valorizam o direito à educação, sobretudo à formal, tais como: Convenção Relativa à Luta contra a Discriminação no Campo do Ensino, de 1960, e o Art. 13 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966.

Diante dessa multiplicidade de documentos que expressam a importância de garantir ao ser humano o direito à educação, sobretudo à formal, podemos identificar que a educação tem um valor singular no progresso da humanidade, o que é

justificado por Cury, C. (2002) como um reconhecimento político acerca de todas as dimensões que ela possibilita desenvolver, dentre as quais cita a individual, por promover o crescimento pessoal; a civil, por impulsionar o progresso da comunidade, e a social, por favorecer a igualdade entre os homens.

Ressalta-se, contudo, que nesse processo devem ser valorizadas as diferenças, pois estamos diante da realidade humana que pode impor limitações resultantes de deficiências físicas, intelectuais e outras. Dessa forma, o art. 206 da Constituição Federal Brasileira de 1988 dispõe:

> I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
> II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber;
> III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino (BRASIL, 1988, p. 42).

Para tanto, essas pessoas poderão estar incluídas na rede regular de ensino, na educação especial, classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar ou em oficinas terapêuticas de alfabetização (MUSSE, 2008).

Sendo assim, deve-se incluir a inserção escolar do portador de transtorno mental dentre as estratégias do processo assistencial dessa clientela em prol de sua reabilitação psicossocial e por meio da oferta de educação formal e informal (BRASIL, 2004b).

Nesse cenário, Masini (2003) esclarece ser importante valorizar as diferenças na inclusão escolar, pois devem ser priorizados os valores e as possibilidades de cada indivíduo. Nessa perspectiva, a inserção de pessoas com transtorno mental no ensino regular possibilita a criação de práticas educativas inclusivas, o que deve ser subsidiado pelo preparo dos docentes, dos demais discentes e da própria escola para receber essa demanda que tem o seu direito à educação no ensino regular respaldado no inciso III do art. 208 da Constituição Federal Brasileira de 1988 que dispõe: “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (BRASIL, 1988, p. 43).

No entanto, muitos transtornos mentais podem gerar deficit cognitivos nas pessoas, o que as faz serem inseridas na educação especial, que é uma possibilidade de inclusão desses sujeitos no meio escolar. Destacamos que o Conselho Nacional de Educação, em 2001, reconheceu, por meio do art. 13 da

Resolução nº 2, que os indivíduos que têm dificuldades de aprendizagem e de se manterem assíduos no ambiente escolar devido às suas condições de saúde física e/ou mental; são considerados, portanto, educandos com necessidades especiais.

O art. 3º da Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Básica (BRASIL, 2001b, p. 1) conceitua a educação especial como:

> (...) modalidade da educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica.

Para melhor apoiar essa concepção do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Básica foi elaborada, em 1996, a Lei nº 9.394 que, no primeiro parágrafo do art. 58, expõe a necessidade de instituir apoio especializado na escola regular para atender às especificidades da clientela de educação especial. Ainda, o segundo parágrafo desse mesmo artigo descreve que nas situações em que não for possível a integração do educando no ensino regular, devido às suas singularidades, deve-se oferecer a educação em salas de aula, escolas ou até em serviços especializados (BRASIL, 1996).

Posteriormente, em 2004, a Lei 10.845 (BRASIL, 2004b) estabeleceu o Programa Educacional Especializado às pessoas com necessidades especiais, enfatizando, nos dois incisos do primeiro artigo, a necessidade de garantir a universalização da educação especial aos portadores de necessidades especiais que não se adaptarem ao ensino regular, bem como a progressiva inserção dessa demanda no ensino regular.

Musse (2008) menciona que os ambientes assistenciais, tais como o próprio hospital geral e/ou psiquiátrico, CAPS e até serviços ambulatoriais, podem oferecer o acesso à educação, o que foi norteado pelo Ministério da Educação em 2002 ao valorizar a longa duração do tratamento dos portadores de transtorno mental e, assim, considerar a dificuldade dessas pessoas acompanharem as atividades educativas formais em ambiente escolar.

Essa autora complementa relatando que também poderá haver o atendimento pedagógico em ambiente domiciliar, o que o Ministério da Educação (2002c, p. 10)

considerou viável para as pessoas que não estão aptas a frequentarem o ambiente escolar "[...] por razões de proteção à saúde, proteção social ou segurança à cidadania, o deslocamento livre e autônomo pela cidade."

As oficinas terapêuticas de alfabetização também são utilizadas para viabilizar o acesso de portadores de transtorno mental à educação em ambiente extra-escolar e visam oportunizar a prática da redação e da leitura como instrumentos de reabilitação psicossocial e exercício da cidadania (BRASIL, 2004b).

Sendo assim, Cury, C. (2002) argumenta que a progressiva efetivação da educação predispõe à redução das desigualdades e das discriminações, o que parece favorecer a reabilitação psicossocial e, consequentemente, a inclusão social dos portadores de transtorno mental. Nessa perspectiva, as oportunidades de trabalho formal e informal poderão surgir e, dessa forma, consolidar o direito ao trabalho dessas pessoas.

2.5.3 Direito ao Trabalho

Consideramos importante iniciar esse tópico refletindo acerca dos resultados do retorno dos portadores de transtorno mental à sociedade, uma vez que desde a década de 1970 está sendo divulgada no cenário brasileiro, por meio do Movimento de Reforma Psiquiátrica, a necessidade de proporcionar a essas pessoas ações intersetoriais que favoreçam sua (re) inserção social. Desse modo, verificou-se que o início do retorno desses sujeitos à sociedade deve ser viabilizado pelo acesso ao trabalho, ao lazer e por meio do fortalecimento de laços afetivos e familiares, o que os possibilita a prática de seus direitos sociais (BRASIL, 2004b).

Entretanto, no que se refere ao direito ao trabalho, a realidade não é tão otimista. Gulinelli, Ratto e Menezes (2005), ao realizarem um estudo com o objetivo de investigar o ajustamento social de indivíduos com transtornos mentais graves, vivendo na comunidade de um grande centro urbano de um país em desenvolvimento, identificaram que uma das áreas sociais mais afetadas foi a performance no trabalho.

Acreditamos que uma das explicações para essa situação possa ser a existência de pessoas que ainda são mantidas institucionalizadas por meio de

internações de longa permanência no cenário brasileiro. Dessa forma, estima-se existirem no país, em 2007, 35% de indivíduos que permanecem por longos períodos nas internações, o que os afasta do mercado de trabalho cada vez mais (BRASIL, 2007a).

Diante dessa realidade, estão sendo estruturadas algumas estratégias visando oportunizar aos portadores de transtornos mentais o desenvolvimento de habilidades que possam favorecer a reinserção no mercado de trabalho. Destacamos que a fundamentação legal dessas estratégias surgiu em 1989, com a Lei nº 7.853, que apoia a formação profissional e do trabalho para as pessoas com deficiência, com vistas à integração social desse grupo.

Em 1991, o artigo 93 da Lei 8.213 institui que empresas com 100 ou mais funcionários deverão contratar pessoas com necessidades especiais (em número proporcional de 2% a 5% do quadro total de funcionários) (BRASIL, 1991). Em 1999, a Lei nº 9.867 foi elaborada com o intuito de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico por meio do trabalho. Esclarecemos que os incisos II e III do 3º art. dessa Lei consideram pessoas em desvantagem aquelas que dependem de acompanhamento psiquiátrico contínuo, os dependentes químicos, egressos de hospitais psiquiátricos e os deficientes mentais e psíquicos (BRASIL, 1999).

De acordo com Musse (2008), para que os portadores de transtornos mentais sejam capacitados para retornar ao mercado de trabalho, foram implementadas nos Centros de Atenção Psicossocial as oficinas geradoras de renda, as quais integram os propósitos da Reforma Psiquiátrica.

Observa-se, portanto, que as políticas em prol do exercício do direito ao trabalho dos portadores de transtornos mentais estão vigentes e que ainda existem ações que são executadas (oficinas e cooperativas sociais) nos dispositivos assistenciais comunitários, favorecendo a acessibilidade a esse direito. No entanto, é relevante que ocorra uma transformação das relações entre a sociedade capitalista e as pessoas com transtorno mental, pois, mesmo que esses indivíduos gerem lucro, muitas vezes pequeno, necessitam ser inseridos socialmente e o trabalho é um recurso, essencial para inserção social.

Outro direito relevante é o direito ao lazer, pois possibilita ao ser humano adquirir bem-estar social e psicológico.

2.5.4 Direito ao Lazer

O sexto artigo da Constituição Federal Brasileira inclui o lazer entre os direitos sociais, conforme exposto a seguir:

> São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL,1988, p. 7).

Diante dessa realidade, Santos, F. (2011) considera que a inserção do direito ao lazer entre os demais direitos sociais favorece o bem-estar humano e, portanto, deve estar agregado ao exercício da cidadania.

Nesse mesmo contexto social, Marcellino (1996, p. 13) assinala que o lazer compreende "descansar, recuperar as energias, distrair-se, entreter-se, recrear-se, enfim, o descanso e o divertimento são os valores comumente mais associados ao lazer."

Assim, o lazer possibilita o desenvolvimento humano no âmbito psicossocial, o que nos fez inseri-lo neste estudo por considerá-lo elemento fundamental para o exercício dos direitos humanos.

O lazer foi, então, inserido em afirmativas que refletem os ideais abordados pelo movimento de reforma psiquiátrica, segundo os quais o cuidado em saúde mental abrange desde a prescrição de medicamentos até a ocupação do cotidiano, por meio do trabalho, do lazer, do prazer e de outras atividades que compõem a rotina das pessoas (AMARANTE, 1999).

A partir dessa concepção, Sigafoo e Kerr (1994) lembram que as atividades de lazer foram incorporadas nas ferramentas de reabilitação das pessoas com transtornos mentais para possibilitar sua integração social. Nesse sentido, o exercício do direito ao lazer por pessoas acometidas por transtornos mentais deve ser valorizado e incentivado considerando que impulsiona o apoio social e, dessa forma, o exercício dos demais direitos sociais.

_____ *3 APRESENTANDO O CENÁRIO DO ESTUDO*

Conforme Arouca (2008), a cidade de Uberaba foi fundada em 01/03/1820 e está localizada na região sul do Triângulo Mineiro, estando equidistante, em um raio de aproximadamente 500 km, dos principais centros consumidores do Brasil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a cidade contava, em 2012, com uma população de 302.623 habitantes e uma expectativa de vida aproximada de setenta e três anos (IBGE, 2012).

Ao buscar caracterizar alguns aspectos relevantes de Uberaba, deparamo-nos com a religião católica sendo praticada pela maioria dos habitantes. Entretanto, a cidade também se destaca por ser considerada referência em cultos espíritas Kardecistas, em virtude da permanência, até sua morte, em 2002, do médium Chico Xavier. Assim como no Brasil, nesta cidade o número de pessoas evangélicas vem crescendo, o que fez aumentar a quantidade de igrejas evangélicas no município (AROUCA, 2008).

A educação tem recebido atenção significativa, sobretudo pelo apoio do governo federal que transformou a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em Universidade Federal do Triângulo Mineiro, ampliando a oferta de cursos em diversas áreas. Há ainda outras cinco faculdades particulares que oferecem cursos nas áreas biológica, humanas e exatas. Verifica-se, assim, que o grande número de cursos de graduação gera aumento da rotatividade populacional na cidade, levando-a a receber, anualmente, muitos jovens de diferentes locais do Brasil em busca de cursos de graduação (AROUCA, 2008).

Esse mesmo autor expressa que o clima predominante é ameno, com tendência ao tropical e úmido. Wagner (2006) refere que nos últimos anos tem ocorrido um considerável crescimento no setor industrial da cidade, embora a pecuária e a agricultura predominem como principais fontes de arrecadação (AROUCA, 2008).

Ao abordar a área de saúde, de acordo com dados de Uberaba (2011), verifica-se que a cidade tem Gestão Plena do Sistema de Saúde, desde junho de 1997, e possui a saúde mental presente nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

Ao especificar os recursos assistenciais voltados para a área de Saúde Mental, observamos uma assistência terciária, composta pelo Sanatório Espírita de Uberaba, fundado em 1933, que oferece um número total de 120 leitos conveniados. Há, também, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro,

o qual disponibiliza 4 leitos para atendimentos de urgência psiquiátrica. Já a assistência secundária é oferecida pelo CAPS Municipal "Dr. Inácio Ferreira", pelo Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CRIA) e pelo Centro de Atenção Psicossocial ao dependente de álcool e drogas (CAPS-ad), criados pela Secretaria Municipal de Saúde, entre os anos de 1998 a 2002. Em 1991, foi criado o CAPS Maria Boneca, conveniado ao Sistema Único de Saúde em 1994. A Clínica de Psicologia da Universidade de Uberaba também oferece atendimento psicológico na assistência secundária.

Especificamente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) "Maria Boneca" é um projeto da Fundação Gregório Francklim Baremblitt[*], inaugurado em 1991, por um grupo de onze profissionais, em sua maioria vinculados à área de saúde. Em 2005, a direção do referido CAPS recebeu um convite da Secretaria do Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais (SEDESE) para implantar, no município de Uberaba, cinco serviços residenciais terapêuticos. O projeto foi analisado e o número de casas foi redimensionado para três, as quais se destinariam a acolher portadores de transtorno mental, moradores de um abrigo de Belo Horizonte e de Uberaba e região.

Em 21 de março de 2005, implantou-se a primeira casa com supervisão de quatro profissionais (um enfermeiro, dois psicólogos e um assistente social) que oferecem suporte às cuidadoras sociais que permaneciam junto aos moradores, em um regime de 12 horas de trabalho por 36 horas de folga. Vale ressaltar que nas semanas que antecederam a chegada dos moradores, houve um trabalho de conscientização dos usuários do CAPS sobre as residências terapêuticas, seus objetivos e metas.

Na primeira casa implantada, foram acolhidas oito pessoas, as quais foram recepcionadas individualmente em uma oficina específica de acolhimento do conjunto de moradores e, posteriormente, esses sujeitos também foram admitidos como usuários do CAPS "Maria Boneca", de acordo com a necessidade de tratamento e reabilitação, o que inclui assistência médica psiquiátrica, as psicoterapias grupais e individuais, quando necessárias, e os cuidados de enfermagem.

É importante destacar que essas pessoas foram inseridas em várias oficinas

[*]FUNDAÇÃO GREGÓRIO FRANCKLIM. BAREMBLITT. **Estatuto**. Uberaba, 2005.

propostas pelo CAPS, de acordo com a aptidão e interesse, sendo algumas realizadas na comunidade, tais como arte, bordado, biodança e pintura em tecido.

Atualmente, já existem, em Uberaba, três residências terapêuticas vinculadas ao CAPS “Maria Boneca” e duas à Prefeitura Municipal de Uberaba.

Este estudo foi desenvolvido nos serviços residenciais terapêuticos vinculados ao CAPS “Maria Boneca”, uma vez que as outras duas residências vinculadas à Prefeitura foram fundadas em dezembro de 2012.

Os SRTs que compõem o cenário deste estudo têm a supervisão de uma psicóloga e um enfermeiro. Essas casas acolhem pessoas cujos vínculos familiares inexistem em decorrência dos longos períodos de internação psiquiátrica ou pelo fato dos familiares não terem condições de abrigá-las por problemas diversos, dentre os quais se destacam a idade avançada ou agravos de saúde de seus pais ou irmãos mais velhos.

Em prol da qualidade de vida dos moradores desses SRTs, os profissionais responsáveis por supervisioná-los estabeleceram alguns indicadores qualitativos a serem analisados e trabalhados: o perfil dos vínculos entre os moradores; o grau de autonomia em relação ao autocuidado e aos hábitos de vida; administração de medicamentos; gerência do benefício continuado; autogestão de vida coletiva na casa, negociação de conflitos, capacidade de circulação no espaço urbano, uso de equipamentos coletivos, análise de vínculos afetivos e sociais com a comunidade e a qualidade do lazer (espontâneo, autônomo ou dirigido).

Acreditamos que esses cenários possuem fatores relevantes, dentre os quais se destaca o fato da equipe atuante nessas casas estar em consonância com as propostas da reforma psiquiátrica e com o estímulo ao exercício dos direitos humanos pelos moradores.

Os indicadores estabelecidos se relacionam diretamente à proposta de efetivação dos direitos humanos, uma vez que valorizam o direito à moradia. Também enfatizam aspectos que sinalizam para a composição e organização de um “lar”, tais como: o perfil dos vínculos entre os moradores, a autogestão de vida coletiva na casa e a negociação de conflitos. Outro direito humano evidenciado foi o direito à liberdade, uma vez que dentre os indicadores estão a autonomia em relação ao autocuidado e aos hábitos de vida, a gestão do benefício continuado, a capacidade de circulação no espaço urbano, o uso de equipamentos coletivos, os vínculos afetivos e sociais com a comunidade e a qualidade do lazer. Já o indicador

de administração de medicamentos é importante, pois muitos adoecimentos psíquicos (transtornos psicóticos e esquizofrenias, entre outros) requerem o uso prolongado e, muitas vezes, até continuado de medicamentos, o que faz com que esse indicador esteja diretamente relacionado ao direito à saúde.

De maneira geral, esses indicadores buscam o exercício dos direitos humanos por enfatizarem a promoção de uma vida digna para os moradores dos SRTs, a garantia de um cuidado integral a esses sujeitos e sua inclusão em um meio comunitário.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A etnografia é uma metodologia e um método (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2005). Neste estudo, participamos do cotidiano de um SRT de Uberaba para observar o exercício dos direitos humanos dos seus moradores, a partir da realidade por eles vivenciada, o que nos fez considerá-la uma metodologia.

Destacamos que a metodologia etnográfica qualitativa pressupõe que para se obter o conhecimento cultural é essencial que o pesquisador utilize determinadas condutas e que essas sejam adequadas às técnicas de coleta e análise de dados determinadas pela Antropologia (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2005).

Segundo Caprara e Landim (2008), a estratégia de investigação social mais utilizada na antropologia é a etnografia por possibilitar diversas fontes de informação. Nesse sentido, é essencial abordar alguns aspectos que envolvem a antropologia, tais como: a cultura, o significado, a(s) experiência(s) e a importância do contexto.

Consideramos que a cultura corresponde à "lente" por meio da qual vemos e atribuímos sentido ao mundo social. Sendo assim, segundo Geertz (1989, p. 4), a cultura pode ser entendida como uma "[...] teia de significados que o homem tece a partir da qual ele olha o mundo e onde se encontra preso". Para melhor compreender a relação entre cultura e antropologia, acrescentamos que Langdon e Wiik (2010) expressam que a cultura impulsiona a mediação e a qualificação de ações sociais entre um grupo. Ainda para Geertz (1973), a cultura possui, como elementos essenciais, normas, valores, crenças, símbolos, artefatos e práticas que permitem aos grupos sociais se organizarem no mundo, conforme as suas ideologias.

O significado resulta da interação entre pensamento e experiência. Nesse sentido, Martin et al. (2006) argumentam que o componente qualitativo presente na pesquisa antropológica se refere à interpretação que as pessoas elaboram acerca de atos, fatos e falas para formar um modelo de pensamento sobre esta realidade.

Dessa forma, as experiências resultam da visão de mundo, da tradição que reflete da moralidade e das emoções inerentes ao próprio processo de transmissão de valores, por meio da cultura (SAHLINS, 1997a).

Para o desenvolvimento dessa metodologia de estudo, é essencial que o contexto seja valorizado. Nessa perspectiva, Laplantine (1994) enfatiza que o ambiente natural deve ser preservado para possibilitar a identificação da cultura e da realidade do grupo de estudo.

A partir dessa contextualização, como mencionado anteriormente, o estudo foi desenvolvido em um serviço residencial terapêutico da cidade de Uberaba, onde a pesquisadora permaneceu por nove meses com o propósito de apreender o cotidiano desse espaço de moradia, de maneira natural.

Assim, neste estudo foram utilizadas com abordagem qualitativa, a observação participante e a história de vida embasada na etnografia para descrever, em profundidade, a atuação do serviço residencial terapêutico estudado no que diz respeito à vivência dos direitos humanos de seus moradores.

A observação participante consiste na inserção progressiva do observador/pesquisador junto aos pesquisados/observados para que se conheça o(s) cenário(s) de estudo e se compreenda o cotidiano dos sujeitos ou da própria instituição (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994).

Ressalta-se, também, que a história de vida embasada na etnografia foi utilizada para descrever, em profundidade, a atuação do Serviço Residencial Terapêutico estudado no que se refere à vivência dos direitos humanos de seus moradores.

Humerez (1997) lembra que a narrativa da história contada pelas pessoas possibilita a reconstrução dos significados de vivências que lhes são singulares, o que poderá levá-las a resgatar seu sentido.

A opção pela história de vida se deu por favorecer a descrição da trajetória de um sujeito ou de um grupo de pessoas ao longo de diversas etapas de sua(s) vida(s) ou em situações demográficas e culturais diferentes (BOURDIEU, 1996).

Para Minayo (2002, p. 15), a pesquisa qualitativa possibilita analisar a realidade social que “é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante”. A autora também esclarece que a pesquisa qualitativa “aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações” (p. 15).

Turato (2005) acrescenta que a utilização da abordagem qualitativa nas ciências da saúde valoriza o significado dos fenômenos do ponto de vista individual e/ou coletivo por permitir a organização da vida desses sujeitos e, assim, possibilitar práticas de vida saudáveis, o que está em consonância com as propostas das ciências humanas.

Dessa forma, para o desenvolvimento desta investigação priorizamos a interpretação da experiência do exercício dos direitos humanos entre os moradores de um dos serviços residenciais terapêuticos de Uberaba.

Ressaltamos que, em respeito à Resolução 196/96, este estudo foi submetido à avaliação ética e sua autorização foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, cujo número do protocolo é 1258/2011 (ANEXO 2).

5 O PERCURSO DESTA PESQUISA

5.1 A Escolha do Local do Estudo

Para que pudéssemos identificar o(s) serviço(s) residencial(is) terapêutico(s) vinculados ao CAPS “Maria Boneca”, onde as pessoas estavam em melhores condições psíquicas para se expressarem, permanecemos , por um mês, em cada uma das residências terapêuticas, as quais foram mencionadas neste estudo como SRT 1, SRT 2 e SRT 3. A partir dessa vivência, foi possível apreender as seguintes informações:

- Em cada uma dessas residências trabalham três cuidadoras que prestam serviços no regime de 24 horas de trabalho por 48 horas de folga e todos os moradores são acompanhados em um dos Centros de Atenção Psicossocial de Uberaba;
- Quanto à infraestrutura, evidenciamos que o SRT 1 localiza-se em um bairro central da cidade, próximo a pontos comerciais, de educação e lazer como lojas, mercados, escolas e praças. Já o SRT 2 está localizado próximo ao CAPS, em uma rua calma, sem pontos comerciais e dispositivos comunitários de lazer e educação. O SRT 3 localiza-se em uma avenida bastante movimentada e está interligado a dois pontos comerciais (do lado direito tem uma loja de caça e pesca e, do esquerdo, um bar).

A disposição de cada uma dessas casas, os mobiliários, os eletrodomésticos e enfeites/adornos existentes nas respectivas residências estão descritos no quadro 1, que se encontra a seguir.

Quadro 1 – Infraestrutura interna dos serviços residenciais terapêuticos

SRT	Disposição da casa	Mobiliários	Eletrodomésticos e enfeites
1	Área externa: garagem para um carro, quintal coberto, um quarto e uma cozinha. Área interna: duas salas, uma copa, uma cozinha, cinco quartos e um banheiro.	Cinco sofás, um aparelho de som, uma estante com uma televisão, um aparelho de DVD, uma mesa com seis cadeiras, cinco guarda-roupas, nove camas de solteiro, uma geladeira, um fogão, uma mesa, um armário de aço de seis portas, um forno microondas e um tanquinho de lavar roupas.	Oito porta-retratos com fotografias dos moradores, um relógio de parede, livros, um liquidificador e um filtro de água.

2	Área externa: uma área coberta para a lavagem e secagem das roupas; Área interna: uma sala, três quartos, dois banheiros e uma cozinha.	Uma televisão, uma estante, um DVD, dois sofás, seis camas de solteiro, três guarda-roupas, uma cadeira de rodas, dois fogões, duas geladeiras, um armário de aço com seis portas, uma máquina e um tanquinho de lavar roupas.	Um adorno de natal, um liquidificador, um filtro de água e quatro porta- retratos com fotografias dos moradores.
3	Área externa: uma varanda, uma lavanderia, um banheiro e uma dispensa de materiais de limpeza. Área interna: uma sala, quatro quartos, um banheiro e uma cozinha.	Três sofás, uma estante, uma televisão, uma mesa com seis cadeiras, oito camas de solteiro, quatro guarda- roupas, uma cadeira de rodas para banho, uma mesa, duas geladeiras, dois armários de aço com quatro portas cada um, um fogão, um aparelho de som um tanquinho e uma máquina de lavar roupas.	Seis porta-retratos com fotos de um aniversário de uma das moradoras e outros dois com as moradoras e outras pessoas que compõem o seu ciclo de amigos, uma adorno de Natal, uma estátua de Papai Noel, um vaso de planta e dois cartazes falando sobre abraço e um filtro de água.

Fonte: Coleta de dados (observação participante)

O número e o gênero dos moradores diferem nas três residências, pois, na 1, moram oito pessoas, sendo quatro mulheres e quatro homens; no SRT 2 são acolhidos quatro homens e, no SRT 3, cinco mulheres.

Considerando que as ações cotidianas realizadas pelos moradores são importantes para identificarmos o(s) serviço(s) residencial (is) terapêutico(s) que têm pessoas em melhores condições psíquicas para se expressarem e que estão realizando atividades diárias no domicílio e sociais junto à comunidade, foram evidenciadas, em nossas observações, as seguintes ações, nos respectivos SRTs:

- Na residência 1, cinco dos moradores têm autonomia para transitar pela comunidade para práticas comerciais, de lazer e religiosas (mercado municipal, praça e igreja) e também para o tratamento no CAPS. Ainda, dois desses cinco moradores estão estudando e um deles também trabalha em um período do dia (vespertino) como ajudante de estofamento. Em relação à higiene pessoal, quatro pessoas possuem total autonomia para seus cuidados pessoais, duas têm autonomia parcial (não conseguem tomar banho por terem limitações físicas, mas as demais atividades de higiene realizam sozinhas) e dois são totalmente dependentes

em decorrência de comprometimentos da cronicidade do transtorno mental (limitações cognitivas, de orientação pessoal e de sensopercepção). Ao acompanharmos o desenvolvimento dos afazeres domésticos (lavar louças, banheiros, roupas pessoais, comprar carnes e verduras, organizar e limpar a casa e passar as roupas), notamos que seis dos moradores desse SRT colaboram nessas tarefas e apenas dois não demonstraram iniciativa para realizá-las.

- Dentre os quatro moradores que residem no SRT 2, dois são cadeirantes, um apresenta limitações cognitivas acentuadas e o outro tem sua autonomia preservada, o que o permite sair pelas proximidades da casa (caminhadas pelo quarteirão), realizar os seus cuidados de higiene pessoal e até auxiliar as cuidadoras na prestação de cuidados para os demais moradores. Dessa forma, observou-se que os cuidados de higiene dos demais moradores são prejudicados, uma vez que dois deles vivenciam limitações físicas (um deles teve ambos os membros inferiores amputados e o outro amputou a perna esquerda), o que faz com que seu banho de aspersão seja realizado pela cuidadora, que, por sua vez, recebe a ajuda do morador que está estabilizado. Verificou-se, ainda, que a higiene pessoal do outro morador que tem limitações cognitivas é monitorada pelas cuidadoras, as quais ensinam e o estimulam para essas práticas. A contribuição nos afazeres domésticos nesse SRT ocorre por meio da manutenção da organização e limpeza da casa, uma vez que o morador em condições de colaborar tem a maior parte de seu tempo ocupada pelas atividades do seu tratamento e colaboração no banho e transporte dos cadeirantes para o CAPS.

- No SRT 3, três moradoras possuem limitações resultantes do transtorno mental propriamente dito (dificuldade de coordenação motora, deficit de memória e isolamento social), o que compromete a autonomia para que desenvolvam atividades na comunidade (lazer, religiosidade, entre outras), de higiene pessoal e os afazeres domésticos. Já as outras duas moradoras realizam sempre juntas (elas são muito amigas), com autonomia, as atividades comunitárias que lhes agradam (vão à feira livre e ao mercado municipal). Entretanto, apenas uma delas contribui nos afazeres domésticos (ajuda a lavar as roupas e a preparar as refeições), pois a outra não gosta dessas atividades. Ambas têm autonomia para a higiene pessoal e se mostraram entusiasmadas com a programação da festividade de Natal.

A partir dessas informações, identificamos que o cotidiano dos moradores de todas as casas é permeado por um bom relacionamento com as cuidadoras e com os outros moradores. Frente a essa realidade, o trabalho proposto pelos SRTs contribui para que cada morador sinta-se valorizado ao exercer as funções de manutenção desse espaço de moradia. Entretanto, as estratégias de incentivo e produção de trabalho no interior dessas residências, o desenvolvimento de atividades em meio comunitário e o autocuidado de higienização parecem ser influenciados diretamente pelas limitações impostas pelo adoecimento psíquico (isolamento, deficit de atenção, falta de iniciativa, entre outros) ou físico (amputações de membros que geraram limitações físicas).

Todavia, a existência de tais limitações não deveria interferir no exercício dos direitos humanos desses sujeitos. Como já explicitado anteriormente, todas as pessoas são titulares de direitos humanos, independentemente de qualquer limitação física ou psíquica. Ainda, seus direitos são considerados inalienáveis, indivisíveis e interdependentes, dentre eles os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Nesse contexto, optou-se apenas pelo SRT 1 como local deste estudo, uma vez que essa residência abriga pessoas em melhores condições psíquicas para se expressarem, ativas nas atividades diárias no domicílio e sociais no meio comunitário.

5.2 Sujeitos do Estudo

Para o relato da trajetória de vida, foram escolhidos quatro dos moradores do SRT 1 (sendo três do gênero masculino e um do feminino), os quais atendiam aos seguintes critérios de inclusão: morar no serviço residencial terapêutico onde as pessoas estão em melhores condições psíquicas para se expressarem; estar estabilizado e em condições psicológicas para lembrar de sua trajetória de vida, conforme indicação da equipe responsável, e aceitar participar do estudo. Tais sujeitos escolheram os seus próprios pseudônimos: Florisbela, Juca, Juvenal e Gilson.

5.3 Coleta e Análise dos Dados

A observação participante no serviço residencial terapêutico 1 foi realizada durante nove meses, pois a iniciamos no mês de dezembro de 2011 e finalizamos em setembro de 2012, o que totalizou uma carga horária de 928 horas. A negociação por esse período foi realizada em uma reunião mensal, na qual estavam presentes os moradores dessa residência, as cuidadoras e os dois componentes que integram a equipe dos SRTs (uma psicóloga e um enfermeiro).

Para melhor organizar o procedimento de observação participante, as observações foram registradas em um roteiro norteador (APÊNDICE A), o qual priorizou os seguintes pontos:

- Número da visita realizada pela pesquisadora;
- Data em que a visita ocorreu;
- Período/horário para diversificar os horários dessas observações;
- Duração para levantar a carga horária total de observação participante;
- Relatos para possibilitar a descrição detalhada das vivências que foram observadas diariamente;
- Percepções do observador/pesquisador para descrever os comentários/ a ótica do observador à luz dos direitos humanos.

Simultaneamente ao período de observação participante, os sujeitos foram abordados no período de maio a agosto/2012 para responderem a uma entrevista, realizada no próprio SRT, nos horários e datas escolhidos por cada morador.

Esclarecemos que a escolha pelas entrevistas com essas pessoas se deu por concordarmos com Lang (2000) quando afirma que este recurso possibilita a expressão do participante sobre a sua própria vida (LANG, 2000). Pope e Mays (2009) argumentam que a entrevista em profundidade permite o relato de sentimentos, ideias e expectativas dos entrevistados, por meio de um instrumento flexível, menos estruturado, no qual o entrevistado é estimulado a falar livremente sobre um ou, no máximo, dois questionamentos, o que possibilita ao pesquisador um maior detalhamento.

Considerando a afirmativa de Alberti (2005) que menciona a possibilidade de enfocar a coleta de dados apenas em um determinado período da vida dos sujeitos do estudo ou por toda a sua trajetória de vida, conforme o objetivo de cada estudo,

nesta pesquisa enfatizamos a coleta de dados a partir da primeira internação psiquiátrica até os dias atuais.

Nesse sentido, foi elaborado um instrumento aberto (APÊNDICE B), com apenas três questões que abrangem a época da primeira internação psiquiátrica, a vida dos participantes durante o período de internação psiquiátrica e no serviço residencial terapêutico. Tais questionamentos nortearam a entrevista em profundidade, possibilitando a coleta da história de vida dos referidos sujeitos.

Outro aspecto considerado relaciona-se à recomendação de Meihy (1998) sobre o desenvolvimento das entrevistas em três momentos, sendo o primeiro caracterizado pelo consentimento do entrevistado, após esclarecimento dos aspectos éticos relacionados à pesquisa e ao método de trabalho.

Em nosso primeiro contato com os participantes, reforçamos, com cada um deles, o consentimento livre e os informamos sobre as caracterizações gerais da pesquisa (objetivos, riscos e benefícios, entre outros), tendo sido solicitada a autorização para que as entrevistas fossem gravadas. Após essa primeira abordagem, pedimos que cada um escolhesse um pseudônimo a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. Após essa escolha, os participantes informaram a idade que tinham quando foram internados pela primeira vez, bem como a atual, escolaridade e existência de contato com os familiares. Finalizamos esse primeiro contato pedindo-lhes que contassem sobre sua vida desde a primeira internação psiquiátrica até os dias recentes.

De posse dessas informações, foram realizadas a transcrição das gravações e a leitura do material obtido que nos subsidiou para o início do segundo momento em que, segundo Meihy (1998), o entrevistador deve solicitar que o entrevistado enfatize momentos de sua vida.

Durante o segundo momento, pedimos aos entrevistados que detalhassem as suas vivências durante a(s) internação(ões) psiquiátrica(s) a que foram submetidos, bem como as vivências na residência terapêutica desde a chegada ao SRT até os dias atuais.

As informações obtidas foram transcritas e reordenadas, de acordo com a recomendação de Debert (2001), o qual considera que o entrevistador deve permitir que o entrevistado expresse o relato de sua vida na sequência que deseja e, posteriormente, se necessário, o pesquisador deve reordená-la, de forma a facilitar a compreensão.

Há ainda o terceiro momento descrito por Meihy (1998), caracterizado pela revisão do texto obtido junto com cada participante, a partir da organização sistemática de todo material. Considerando essa sequência, após reorganizarmos todo o material obtido, abordamos cada um dos participantes e apresentamos as informações que nos repassaram para que, juntos, pudéssemos revisá-las; aproveitamos para levantar a(s) modificação(ões) na vida e no exercício dos direitos humanos de cada um deles após fixar moradia no SRT. Nesse momento, foram incluídas informações de um dos entrevistados e excluídas de outros dois.

Resumidamente, a seguir, está o quadro 2 com os itens que foram levantados junto aos participantes em cada uma das etapas anteriormente descritas: Idem observação anterior acerca do quadro.

Quadro 2 – Etapas da coleta de dados

Etapa	Levantamento
1	- Dados de identificação (nome, gênero, idade, estado civil, escolaridade e tempo de moradia no SRT) para caracterizarmos os participantes do estudo; - Dados sobre a internação: idade da primeira internação psiquiátrica, tempo de internação ao longo da sua vida e relato espontâneo do participante sobre a sua vida durante a(s) internação (ões) no(s) hospital(is) psiquiátrico(s) até os dias atuais.
2	Detalhamento sobre a vida durante a(s) internação (ões) no(s) hospital(is) psiquiátrico(s) e após vir morar no SRT.
3	Identificação das modificações da vida e no exercício dos direitos humanos do sujeito após fixar moradia no SRT.

Fonte: Coleta de dados

Para a análise dos dados, a partir dos registros das observações e da transcrição das gravações, utilizamos a análise temática indutiva que, segundo Grbich (2007), fundamenta-se na hermenêutica dialética, sendo que o pesquisador não deve interferir nas falas dos sujeitos. Esse mesmo autor descreve duas fases desse método para análise de dados: identificação de unidades de sentidos e descrição densa dos significados ou núcleos temáticos, sendo que, nessa última, os resultados foram discutidos à luz do conhecimento produzido na área, focando o referencial teórico dos direitos humanos.

5.4 Aspectos Éticos

Destacamos que por estarmos adentrando as residências dessas pessoas e abordando seres humanos para fins de pesquisa, este estudo foi submetido à avaliação ética e sua autorização foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, conforme descrito no referencial metodológico.

Como parte da documentação prevista, elaboramos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) que contemplava as informações gerais referentes ao estudo, norteando a formalização da participação dos sujeitos na pesquisa. Os sujeitos foram ainda esclarecidos que sua participação (durante a observação participante e entrevistas) era totalmente optativa e que poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Solicitamos também permissão para gravar as entrevistas e, posteriormente, transcrevê-las. Após todos esses esclarecimentos, o Termo de Consentimento foi assinado, tendo sido entregue uma cópia do documento para a psicóloga que compõe a equipe de apoio desses serviços.

Destacamos que somente de posse da assinatura e concordância de todos os moradores das três residências terapêuticas, iniciou-se a observação participante nos três SRTs.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base na análise temática indutiva foram identificadas as temáticas deste estudo advindas do conteúdo gerado pela história de vida e observação participante. Neste estudo, optamos por priorizar a descrição dos resultados e discussões em uma sequência que facilita a compreensão e a visibilidade do seu objeto representado pela influência dos SRTs no exercício dos direitos humanos de seus moradores.

Com esse foco, os resultados e discussões foram organizados da seguinte maneira: iniciamos descrevendo a história de vida de cada um dos participantes, o que subsidiou a exposição do tema “A vivência dos direitos humanos no(s) hospital(is) psiquiátrico(s)”. Por considerarmos importante apresentar a realidade interna do SRT, obtida por meio da observação participante, prosseguimos relatando a temática: “Dinâmica e estrutura organizacional da residência terapêutica”, que originou os subtemas: “Vida entre amigos/irmãos e a superação de problemas”; “As dificuldades no meio social e o preconceito” e “O respeito humano e a cultura do SRT”. Ainda, por fim, descrevemos a temática “O exercício dos direitos humanos com ênfase no direito à igualdade, liberdade, saúde, moradia, educação, trabalho e lazer após a vinda para o serviço residencial terapêutico”, a qual advém da história de vida e do tema “Dinâmica e estrutura organizacional da residência terapêutica”, com os seus respectivos subtemas.

6.1 As Histórias de Vida de Alguns Moradores do SRT 1 de Uberaba

6.1.1 Florisbela

Florisbela refere ter 43 anos, é solteira e reside no SRT 1 há cerca de cinco anos. Ao ser questionada sobre a sua primeira internação psiquiátrica, lembra, com mágoa, dos irmãos que a internaram e nunca mais apareceram. Segundo ela, tudo começou quando a sua mãe faleceu e ela ficou muito triste e confusa. Nessa época, seus irmãos decidiram vender a casa onde moravam com a mãe e, durante esse período, consideraram melhor interná-la em um hospital psiquiátrico. Essa foi a primeira e única vez que foi internada, pois antes trabalhava como massagista e residia com a família. Desde então, não viu mais ninguém de sua família, pois nunca recebeu visitas, embora elas fossem permitidas no hospital.

Relatou-me ter permanecido hospitalizada por aproximadamente oito anos e, durante esse período, sua vida era muito triste porque não tinha nada para fazer no hospital; segundo ela a alimentação também era ruim e nenhum funcionário conversava com ela.

Segundo Florisbela, o hospital era muito grande e os homens não tinham contato com as mulheres nem no pátio, onde todos permaneciam durante o dia. Nesse espaço, só era permitido que as pessoas tomassem banho das 6h às 8h da manhã e, se alguém se atrasasse, ficaria sem banho naquele dia. Em seguida, era servido café com pão no final do corredor dos quartos, quando também se administrava medicação para todas as pessoas daquele "pavilhão" (denominação dada à unidade de internação). Após, todas as mulheres eram conduzidas para um pátio descoberto, onde permaneciam até as 11h, quando iam para um refeitório no "pavilhão 2" almoçar. Lá, permaneciam até as 13h, quando era administrada a medicação e, na sequência, todos eram reconduzidos para o pátio, onde permaneciam aproximadamente até as 18h, quando retornavam para jantar no mesmo refeitório do almoço, aguardavam as 19h para, então, serem medicados e levados para os seus respectivos leitos para dormirem.

Diante desse cotidiano, ela me disse:

> *"Vivi isso muitos anos e a comida era sempre a mesma, até no Natal."*
>
> *"As pessoas que trabalhavam lá só sabiam colocar a gente em fila para o banho, café, pátio, remédio e dormir e nunca conversavam com a gente."*

Florisbela mencionou que, em 2004, outros profissionais começaram a transitar pelo hospital e a perguntar aos pacientes sobre os seus familiares, mas ela nada sabia dizer sobre sua família, uma vez que eles a abandonaram no hospital e desapareceram. As assistentes sociais que estavam buscando os familiares das mulheres internadas nas unidades de internação fizeram uma reunião com todas e explicaram que aquele hospital seria fechado e elas deveriam retornar para seus respectivos domicílios.

Florisbela presenciou, então, muitas pessoas deixando a instituição com seus familiares, o que fez com que ficasse apreensiva, pois ninguém dizia para onde ela iria.

> *"Ficava pensando, pelo menos aqui eu tenho cama e comida todo dia".*

Depois de acompanhar mais da metade das pessoas deixar o hospital, cerca de 30 pessoas, entre homens e mulheres, foram reunidos em um salão, onde a assistente social comunicou que seriam levados para casas que estavam sendo construídas no estado de Minas Gerais.

> *"Isso me deixou triste, porque vi que não tinha mais família e eu não ia morar mais na cidade onde nasci. Mas também alegre, porque eu ia continuar tendo lugar para comer e dormir."*

Essas 30 pessoas foram conduzidas para outra instituição e, desde então, as assistentes sociais foram identificando aquelas que tinham mais vínculo, agrupando-as para, juntas, irem para as residências terapêuticas.

> *"Um dia, ela chamou eu e mais cinco pessoas que moram aqui e disse pra gente o que era residência terapêutica e se a gente queria morar juntos... Só um que não quis vir com a gente e o resto tá aqui."*

Assim, Florisbela e mais três moradores (todos homens) vieram em uma van para Uberaba e passaram a residir no SRT 1, onde ela refere estar feliz:

> *"Aqui eu posso ajudar a mãe (referindo-se à cuidadora) a arrumar as camas, vou para o CAPS onde pinto panos de prato, faço fuxico e converso com todo mundo. A mãe me ensina a fazer crochê e eu também vou na praça com uma amiga daqui de perto."*

Ao ser questionada sobre a sua vida no SRT, Florisbela ponderou que na casa todos se ajudam e a cuidadora os apoia sempre que necessário.

> *"Cada um aqui tem uma cama e em cada quarto existe um guarda roupa com as nossas roupas. A comida é muito boa. No Natal tem festa e tem festa de aniversário sempre."*

Nesse ambiente, Florisbela expressou ter liberdade para passear, visitar outros amigos, vender os tapetes que faz, bem como para usar R$ 50,00 da aposentadoria para comprar o que desejar. Relatou-me, ainda, que a equipe de supervisão recomendou que retome os estudos junto com outros dois moradores que estudam à noite. Entretanto, ela não deseja retornar à escola e prefere aprender

trabalhos manuais no CAPS e executá-los em casa, o que a faz se sentir útil e garante uma renda média de R$ 45,00/mês para aquisição de novos materiais (linhas, lãs, agulhas de crochê, entre outros).

Todavia, mesmo esses afazeres, Florisbela deseja retornar às suas atividades como massagista, o que ainda considera um sonho, pois o espaço físico do SRT não comporta atividades comerciais, que requerem uma sala exclusiva. Contudo, sobre o exercício dos direitos humanos no SRT, ela afirma:

> *"Aqui eu sou gente e não tenho só casa e comida, mas também amigos, tratamento e muita gente que conversa comigo."*

Questionei o que considerava ser um direito humano e ela respondeu:

> *"É o direito de ser gente, ser humano."*

Assim finalizamos o depoimento da história de vida de Florisbela, que enfocou a sua trajetória desde a primeira internação psiquiátrica até os dias atuais no SRT1.

6.1.2 Juca

Juca, um homem de 46 anos, solteiro, vive no SRT 1 há seis anos. Quando falou de sua primeira internação, disse-me não saber precisar sua idade, mas assegurou ter sido internado apenas uma vez, quando tinha cerca de 25 anos de idade. Quando o questionei sobre a sua vida nesse hospital, fez questão de relatar o que havia vivido até ser internado.

Quando ele tinha 17 anos, sua mãe adotiva faleceu e, desde então, seus irmãos lhe disseram que não seria possível ajudá-lo por falta de dinheiro. Assim, ele tentou ingressar no mercado de trabalho, mas não se manteve, pois não era alfabetizado.

Diante dessa situação, passou a ser um morador de rua, tendo vivenciado frio e fome. Menciona ainda ter fumado restos de cigarro que encontrava pelo chão e ter usado papelão para dormir, tendo perdido, gradativamente, a noção do tempo:

> *"Só sabia que era Natal porque eu via o Papai Noel nas vitrines. Aí eu sabia que era final de ano."*

Outra situação que o incomodava era a sujeira de suas roupas e do seu corpo, o que o levou a tirar a calça e, apenas de roupa íntima, adentrar a lagoa da Pampulha para tomar banho. Nesse momento, os policiais o abordaram e o encaminharam para um hospital psiquiátrico, onde ele permaneceu até o ano 2000.

Relatou-me que sua vida nesse hospital era boa e sentia-se tranquilo por ter comida, banho, roupas limpas e cigarro. Para Juca, o cotidiano do hospital era muito bom e ele temia sair e ter que voltar para as ruas e vivenciar novamente todas as dificuldades. Segundo ele, diariamente, os homens que ficavam com ele no hospital tomavam banho pela manhã e, após, lhes era servido café e pão, juntamente com a medicação. Em seguida, dirigiam-se para o pátio, onde ficava um rapaz entregando cigarros para todos e, assim, passavam o dia todo fumando e cochilando no chão. As refeições (almoço e jantar) ocorriam no refeitório e Juca gostava muito da alimentação que, de acordo com ele, era bem temperada e tinha bastante carne (mas podia comer somente uma vez em cada refeição). Após o jantar, ele disse que todos tomavam um remédio para dormir e se dirigiam para seus leitos.

Já aos domingos, algumas pessoas da religião católica compareciam ao hospital para orar, cortar cabelos e fazer a barba. De acordo com Juca, todos eram obrigados a cortar os cabelos e a fazer a barba para não terem piolhos.

Dessa maneira, ele viveu por quase dez anos, quando foi, juntamente com outras pessoas de ambos os sexos, transferido para um abrigo do Centro de Triagem e Acompanhamento Social (CETES), onde permaneceu até vir para o SRT1.

Quando o questionei sobre a sua vida nesse abrigo, Juca disse:

> *"Lá não tinha regras e a gente podia comer à vontade, mas tinha que dormir às dez horas!"*

Além dessa diferença, Juca relatou trabalhar diariamente no cultivo da horta e ajudar na separação de verduras e legumes.

Contou que, em 2005, a assistente social o chamou, assim como Florisbela, Juvenal, Gilson e outra abrigada, convidando-os para virem para Uberaba. Com exceção dessa outra moradora, todos vieram na companhia dessa assistente social e hoje residem no SRT1.

Nesse momento, Juca sorriu e disse estar muito feliz na casa-lar (denominação que ele atribuiu ao SRT1), onde mora com os irmãos (nome que deu

aos demais moradores) e com as cuidadoras. Prosseguiu, dizendo que pela manhã permanece no CAPS para fazer o seu tratamento; à tarde, trabalha como ajudante em uma oficina de estofados, onde recebe seu pagamento toda sexta feira (cerca de R$ 10,00/semana) e, mensalmente também R$ 100,00 de sua aposentadoria. Além disso, noite está cursando o quinto ano do ensino fundamental em uma escola estadual integrada ao Programa de Educação para Jovens e Adultos.

Quando Juca se referiu à sua vida estudantil, mostrou-se muito entusiasmado:

> *"Foi na escola que descobri o meu problema de vista. Aí fui para o médico de vista que falou que se eu não chegasse a tempo, hoje eu ia estar quase cego."*

Outro aspecto que o deixou empolgado foi a prática religiosa, pois afirmou que sua vinda para o SRT havia lhe permitido conhecer e praticar a religião evangélica. Assim, ele sorriu falando:

> *"Consigo ler a Bíblia e já comprei a minha para ir na Igreja. Peguei o meu dinheiro e fui lá comprar a minha Bíblia."*

Ao perceber que Juca se sentiu satisfeito por ter condições de adquirir a sua Bíblia, perguntei sobre o destino que dá ao dinheiro que recebe e obtive a seguinte resposta:

> *"Guardo embaixo das minhas roupas e, aos domingos, compro guaraná, doce e balas pra mim e para os meus irmãos."*

O fato de agradar aos demais moradores também parece satisfazê-lo, bem como dispor de algum dinheiro guardado, que ele chama de "minha reserva".

Ainda nesse clima de alegria, ao falar de sua vida no SRT, Juca fez questão de contar sobre ter adotado hábitos saudáveis de vida, para, segundo ele, viver melhor e por mais tempo.

> *"Parei de tomar café e fumar porque faz mal e deixa a pessoa nervosa. Só tomo chá e leite."*

Aproveitei o momento para abordá-lo sobre o exercício dos seus direitos, após ele estar no SRT 1, e ele disse que eles são guiados por Jesus, a quem tem devoção. Dessa forma, Juca associa os seus direitos às recompensas divinas e não

à possibilidade de usufruir uma vida com qualidade, segundo a prática de deveres e de proteção do Estado.

6.1.3 Juvenal

Juvenal tem 56 anos, é paraplégico, seu estado civil é casado, mas ele diz ter perdido o contato com a família. Reside no SRT 1 há seis anos.

É um homem muito espontâneo e comunicativo e já iniciou nossa conversa dizendo:

> *"Sabe por que estou nessa cadeira de rodas? É por causa de mulher."*

Diante dessa fala, questionei-o se esse evento precedeu ou sucedeu a(s) sua(s) internação(ões) psiquiátrica(s) e ele contou que tudo aconteceu antes de sua primeira internação, mas foi por causa de uma mulher que havia sido internado. Prosseguiu relatando que quando tinha 38 anos de idade, trabalhava como "peão" na fazenda de um delegado com sua esposa e uma filha, até que ele e a esposa do proprietário da fazenda se apaixonaram e tentaram fugir a cavalo. Durante a fuga, o marido dela os seguiu e eles caíram do animal que galopava em alta velocidade. Após a queda, ambos ficaram paraplégicos e ele foi conduzido para a sua primeira internação psiquiátrica, em outra cidade, onde permaneceu por aproximadamente dez anos. Assim, ele disse:

> *"Eu não era doido não. Eu era mulherengo e fui mexer com a mulher errada."*

Relatou que sua vida nessa internação era muito ruim, pois nunca havia recebido visita. Ficava apenas deitado em sua cama. Não necessitava de remédios, por não ser portador de transtorno mental, mas era obrigado a tomá-los diariamente. Também não gostava da alimentação oferecida.

Como já descrito, ele permaneceu nesse ambiente por anos, quando foi transferido para outro hospital psiquiátrico, em Belo Horizonte, onde permaneceu por mais dois anos. Na época de sua transferência, Juvenal tentou conversar com os médicos para explicar que não desejava permanecer internado por não apresentar

transtorno mental, mas não acreditaram em sua história e ele foi transferido para Belo Horizonte, onde se situava o hospital.

Nesse hospital, Juvenal mencionou ter vivenciado um cotidiano diferente, pois era conduzido para tomar banho de aspersão, para tomar banho de sol no pátio uma vez por semana, fazia suas refeições no refeitório, junto com os demais internos. Contudo, ele relatou o desejo de conversar com os funcionários para contar suas histórias e estabelecer amizade com pessoas que não estavam adoecidas como os demais internos com quem convivia, mas nenhum funcionário lhe dava atenção. Para suprir essa necessidade, Juvenal disse ter ficado amigo de um cachorro-policial que transitava pelo hospital e para quem ele guardava restos de seu almoço. Frente a essa realidade, considerava ter sido essa internação melhor do que a primeira.

Após dois anos de permanência nessa segunda internação, ele e outras pessoas que não tinham família foram transferidos para um abrigo, uma vez que ninguém poderia permanecer morando nesse hospital.

Juvenal fez esse relato com muita tristeza:

> *"Nunca mais ouvi falar da minha esposa e da minha filha e acho que isso foi castigo de Deus."*

No abrigo, Juvenal conquistou muitas amizades e concretizou o seu desejo de conversar com as pessoas para contar sobre suas viagens da juventude e suas aventuras amorosas. Prosseguiu relatando que nesse abrigo havia se adaptado à cadeira de rodas, tendo adquirido autonomia para com ela transitar no interior do abrigo; entretanto, permanecia a vontade de encontrar seus familiares e viver em família.

Para ele, esse desejo foi satisfeito ao vir para o SRT1, onde diz ter tudo o que faltava:

> *"Aqui eu tenho tudo: meus irmãos, uma mãe, comida boa, na hora, e banho. Estou feliz."*

Questionei-o, então, sobre o exercício dos seus direitos após estar aqui no SRT e ele referiu participar das oficinas terapêuticas no CAPS e que, diante de seu desejo de encontrar sua família, deixaram-no escrever uma carta para o Programa do Ratinho, onde ele foi para tentar encontrá-los, mas não conseguiu. Foi dessa

forma que Juvenal definiu o exercício dos seus direitos, enfatizando que hoje vive uma história feliz.

Destaco que Juvenal faleceu em janeiro de 2012 e, como em Uberaba há uma forte crença na doutrina espírita, disseram que ele havia enviado uma mensagem psicografada, à qual tivemos acesso. Nessa mensagem, ele referia estar feliz por ter aprendido o real significado da família no SRT.

6.1.4 Gilson

Gilson é um homem de 39 anos, solteiro, que reside no SRT há seis anos. É um dos moradores mais extrovertidos da casa e já tomou a iniciativa de me contar fatos de sua vida, desde a infância, os quais fez questão que eu relatasse na descrição deste estudo.

Gilson foi abandonado na infância por sua mãe, em Belo Horizonte, tendo vivido em uma instituição para menores abandonados até por volta dos 12 anos, quando foi transferido para a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), onde viveu em regime fechado até os 18 anos, quando teve a sua primeira internação psiquiátrica, a qual durou cerca de três anos. Foi então transferido para outro hospital psiquiátrico por problemas de comportamento.

Durante sua permanência nesse hospital, conta que vivia um cotidiano monótono, pois diariamente eram desenvolvidas as mesmas atividades que consistiam em tomar banho e medicação pela manhã, ir para o pátio fumar, almoçar e jantar no refeitório e dormir após o jantar. Aos domingos, todos deviam raspar a cabeça e a barba e tudo isso o incomodava porque queria dormir em sua cama após o almoço e também deixar o cabelo crescer para ficar bonito.

Quando manifestava seu descontentamento, aumentavam a dose de sua medicação, o que, segundo ele, o fez, por várias vezes, jogar o remédio no lixo. Foi em um desses episódios que ele foi transferido para outro hospital, o qual não soube identificar, onde permaneceu por oito anos. Prosseguiu relatando que sua vida nesse hospital seguia uma rotina idêntica àquela do local onde vivenciara sua primeira internação; a única diferença é que, desde a sua admissão, foi introduzida uma medicação que ele denominou “pesada” e que o deixava muito sonolento e desanimado.

Após oito anos, Gilson retornou para o hospital onde fora internado pela primeira vez e lá permaneceu por mais três meses, quando os internos que não tinham família foram conduzidos para um abrigo, onde permaneceu até ser conduzido para o SRT 1 com outros moradores.

Gilson refere que nesse abrigo sua vida mudou e ele pôde passear por Belo Horizonte e ter uma namorada. Era responsável pela limpeza do quintal e da horta. Nessa nova perspectiva de vida, mostrou-se satisfeito e o fato de estar em sua cidade natal o deixava muito feliz.

Após estar residindo no SRT 1, Gilson encontra-se em tratamento semi-intensivo no CAPS (segundas e quartas-feiras), mantém-se colaborativo nos afazeres domésticos e cursa o sexto ano do ensino fundamental em uma escola estadual integrada ao Programa de Educação para Jovens e Adultos. Refere já ter tentado, por duas vezes, trabalhar em hortaliças e na agricultura, mas o efeito dos remédios dificulta sua permanência no trabalho por deixá-lo lento e sonolento. Nos dias que não frequenta o CAPS, além de fazer suas tarefas da escola, costuma ouvir e cantar as músicas da banda Djavú, do Fábio Junior, e do sertanejo Leonardo:

> *"Tenho quatro matérias e vou estudando para entregar tudo direitinho. Mas a matemática é terrível."*

Continuou mencionando que estava feliz com sua vida atual, pois já tem muitos amigos na própria residência e fez novas amizades nas proximidades da casa. Aos sábados, encontra esses novos amigos em um bar do bairro onde reside. Contudo, ele diz que ainda falta encontrar uma namorada, pois deseja se casar e ter um filho.

> *"Vou educar direitinho o meu filho."*

Deseja também comprar um carro para levar a esposa ao trabalho e o filho à escola, diariamente. Em alguns momentos, refere sentir saudades de Belo Horizonte e, principalmente, da namorada que tinha por lá.

Menciona que o exercício dos seus direitos após vir para o SRT acontece quando lhe é permitido ir ao bar encontrar os seus amigos, mas ainda falta permissão para ir a Belo Horizonte encontrar a moça com quem namorou.

6.2 A Vivência dos Direitos Humanos no(s) Hospital(is) Psiquiátrico(s)

Com base na história de vida dos participantes deste estudo, observamos que o(s) hospital(is) psiquiátrico(s) onde eles foram hospitalizado(s) cerceava(m) o exercício dos direitos das pessoas que lá permaneceram. Em todos os relatos sobre o cotidiano hospitalar, os sujeitos do estudo enfatizaram a sua falta de liberdade considerando que eram obrigados a seguir as regras preestabelecidas, as quais visavam “manter a ordem” determinada pela instituição.

Entretanto, essa ordem não nos parece ser apenas institucional, mas também social, pois persistem situações em que o transporte de portadores de transtornos mentais para a internação é realizado por policiais que ainda se utilizam da contenção física desses sujeitos. Nesse sentido, MacAttram (2013) relata um caso ocorrido em 2008, de um homem negro, de 40 anos, que se chamava Rigg e era portador de esquizofrenia. Ele havia abandonado o tratamento e perambulava pelas ruas de Brixton (sul de Londres), o que o fez ser considerado um risco social e ser contido fisicamente por policiais que o conduziram para a delegacia, onde dias depois faleceu por problemas físicos decorrentes da violenta contenção.

Nesse sentido, desde o período da Revolução Francesa até o século XVIII, todas as pessoas contrárias à ordem pública ou que representavam uma ameaça ao Estado eram internadas nos hospitais de forma a não prejudicarem o bem-estar da sociedade, especialmente das classes dominantes, o que condiz com uma prática de higienização social que progressivamente ganhou um caráter semijurídico por possibilitar o controle social por meio da exclusão (FOUCAULT, 1979). Para ilustrar essa realidade, destacamos que Juvenal e Gilson foram conduzidos para internação psiquiátrica como forma de manter a ordem social, conforme relatos em suas respectivas histórias de vida.

Diante dessa realidade que permeava as internações, no século XVIII iniciaram-se as críticas acerca da utilização do espaço hospitalar que, ao invés de constituir-se em um ambiente de tratamento e reabilitação, era utilizado como uma hotelaria de “indigentes” (FOUCAULT, 1979).

Da mesma forma, os sujeitos que relataram suas histórias de vida informaram que suas internações ocorreram no final do século XX e perduraram até o início do século XXI, bem como o caso descrito por MacAttram sobre a violenta contenção de Rigg, a qual foi realizada por policiais que, posteriormente, o conduziu para a prisão.

Verifica-se, em todas essas situações, que não houve qualquer intervenção em prol da recuperação da saúde mental das pessoas envolvidas.

Com base nesse contexto, Goffman (1961, p. 61) denominou o hospital psiquiátrico como uma instituição total e assim a definiu: “local de residência e/ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”.

Ao se analisar a denominação e a definição que Goffman atribuiu ao hospital psiquiátrico e associá-las à realidade expressa pelos participantes deste estudo, evidencia-se o caráter de residência por tempo indeterminado e a exclusão social vivenciada durante a(s) internação(ões), o que fez com que o hospital representasse, para as famílias de Florisbela e Juca, um espaço de total desvinculação da relação parental, uma vez que a genitora de ambos havia falecido e suas presenças nos respectivos domicílios dificultava a (re)organização da dinâmica familiar e significava a necessidade de repassar a eles os bens e/ou dinheiro a que tinham direito. Assim, a manutenção da ordem não era priorizada apenas no interior do hospital, mas também no meio familiar e social e, para que fosse alcançada, todas essas internações ocorreram por longos períodos e todas as famílias se ausentaram das visitações desde a admissão na primeira internação.

O cotidiano dos hospitais psiquiátricos onde os participantes desse estudo foram internados era inflexível e impossibilitava aos internos liberdade de expressão e, caso se expressassem, aumentava-se a dosagem da medicação para que o silêncio e a aceitação da rígida rotina fossem assegurados. Até quanto ao próprio corpo, os internos não tinham liberdade, pois Gilson era obrigado a raspar o cabelo juntamente com os demais pacientes do gênero masculino, apesar de seu desejo de deixá-lo crescer para sentir-se bonito.

Nesse contexto, Goffman (1961) assinala que o cotidiano do hospital psiquiátrico não respeita as diferenças pessoais dos internos e estabelece horários rígidos para suas refeições e repouso noturno. Esse autor também lembra que nesse local prioriza-se o atendimento de algumas necessidades básicas como a alimentação e o repouso, as quais são sempre realizadas coletivamente.

De maneira geral, evidenciamos que os hospitais psiquiátricos onde os participantes deste estudo foram hospitalizados passaram a representar suas moradias; entretanto, como tal, esses espaços ofereciam apenas os serviços

básicos de hotelaria. Sob essa perspectiva, Florisbela e Juvenal queixaram-se da qualidade da alimentação, enquanto Juca manifestava gratidão por ter a garantia das refeições, limpeza de suas roupas, acomodações para dormir e cigarros para manter sua dependência durante a sua permanência no hospital. Gilson, por ter sido institucionalizado desde a infância, não se pronunciou quanto à hotelaria dos hospitais onde foi internado.

Com base nos relatos de todos os sujeitos desse estudo, percebemos que suas vivências antes da primeira internação refletiram diretamente na maneira como percebiam o cotidiano do hospital psiquiátrico. Nesse sentido, podemos melhor compreender as diferentes perspectivas dos sujeitos deste estudo face ao hospital psiquiátrico com base na Teoria das Necessidades Hierárquicas de Motivação, de Abraham Maslow. Para Maslow (1970), as necessidades humanas compreendem cinco níveis, a saber: fisiológicas, de segurança, sociais, do ego (estima) e de autorrealização. Tais níveis são hierarquizados e, para que o ser humano busque satisfazer as necessidades superiores, as inferiores devem estar satisfeitas. Frente a essa realidade e para que possamos melhor compreender cada um desses níveis, os caracterizaremos a seguir. Segundo Maslow (1970), as necessidades básicas ou fisiológicas condicionam a sobrevivência do ser humano e compreendem: alimentação, oxigenação, hidratação, sono, repouso, sexo, saneamento, abrigo. Por serem necessidades que interferem diretamente na homeostasia das funções orgânicas, é comum que o indivíduo priorize satisfazê-las para alcançar a própria sobrevivência. Já as necessidades de segurança estão relacionadas à proteção contra perigos e são representadas pela necessidade de ordem social, trabalho, seguro, previdência social e saúde (MASLOW, 1970).

As necessidades sociais englobam o convívio, o lazer, o respeito e a participação social, ou seja, relacionam-se à vida em sociedade (MASLOW, 1970). Ao alcançar uma autoavaliação estável, aliada a sensações de força, capacidade e valorização no mundo, o ser humano está satisfazendo as necessidades do ego, as quais podem também ser denominadas necessidades de estima (MASLOW, 1970). Por fim, as necessidades de autorrealização relacionam-se à plena utilização das potencialidades humanas, associadas às ideologias do indivíduo e buscam a realização integral do ser (MASLOW, 1970).

Com base nessa contextualização, torna-se evidente que o cotidiano do hospital possibilitava aos internos apenas a satisfação de suas necessidades

básicas ou fisiológicas. Nessa perspectiva, confirmamos que as vivências dos participantes deste estudo antes de sua primeira internação refletiam diretamente na maneira como eles percebiam o cotidiano do hospital psiquiátrico. É o caso de Juca, que vivenciou privações dessas necessidades no período que precedeu sua primeira e única internação psiquiátrica e, por isso, demonstrava gratidão associada ao medo de perder as refeições e o espaço para dormir; assim, desenvolvia as atividades necessárias para mantê-las, tais como se vestir com roupas limpas, tomar banho, entre outras.

Juvenal e Florisbela não relataram ter vivenciado privações no período que precedeu a(s) internação(ões) psiquiátrica(s) e nos pareceu que essa realidade lhes possibilitava solicitar melhores condições das refeições para atender às necessidades básicas e satisfação daquelas sociais e de segurança, sobretudo ao expressarem o desejo de receber cuidados de saúde e de conversar com os funcionários.

No caso de Gilson, destaca-se que ele sempre teve suas necessidades básicas supridas pelas instituições por onde passou e buscava satisfazer as demais necessidades, com ênfase naquelas de natureza social, expressas pelo seu desejo de vivenciar relações afetivas e de lazer.

São evidências de que o ser humano procura continuamente satisfazer as necessidades apontadas por Maslow; entretanto, o cotidiano imposto pelo hospital psiquiátrico limitava os sujeitos desta investigação ao atendimento apenas de suas necessidades básicas ou fisiológicas; nesse contexto, qualquer movimento com vistas a uma ascensão na pirâmide das necessidades, de acordo com o proposto por Maslow, poderia resultar no aumento da dose de medicamentos, tal como aconteceu com Gilson.

Em 1998, Sadigursky e Tavares notaram que, mesmo após o início do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, na década de 1970, ainda existiam hospitais psiquiátricos no Brasil nos quais predominava a terapêutica medicamentosa, cuja meta é impedir os internos de manifestarem seus desejos, retirando-lhes a liberdade ou a vida, as quais são sinônimos para os autores (SADIGURSKY; TAVARES, 1998).

Neste estudo, ficou perceptível que o exercício de qualquer direito era totalmente negado pela organização hospitalar onde seus participantes foram internados, o que, se analisarmos à luz das considerações de Sadigursky e Tavares,

os impedia realmente de viver.

Ressaltamos, também, que nenhum deles conseguiu sequer conversar com os funcionários que os conduziam para as atividades elementares oferecidas pelo hospital (higienização, alimentação, entre outras), o que confirma, mais uma vez, que a meta dessa(s) instituição(ões) não era assistir os internos de forma a favorecer sua recuperação da saúde mental, mas excluí-los socialmente para manter a ordem.

Assim, confirmamos o que Goffman (1961, p. 18) denomina ser "obediência visível e constantemente vigiada", uma vez que todos os participantes deste estudo expressaram ter que cumprir as rígidas regras, acompanhados por profissionais que sequer conversavam com eles. Nesse sentido, destacamos que o relacionamento interpessoal é essencial na terapêutica dessa clientela. Damásio, Melo e Esteves (2008) mencionam que esse recurso possibilita a transformação do ambiente e orienta as interações em grupo.

Dessa maneira, para que o relacionamento adquira um caráter terapêutico, é necessário que os profissionais desenvolvam a capacidade de ouvir, interagir e de se comunicar com o portador de transtorno mental para oferecer um atendimento global e promotor da inserção dessa clientela em um contexto sociocultural, vinculado a ações comunitárias (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Assim, pode-se perceber que cuidado de enfermagem e relacionamento terapêutico se inter-relacionam e exercem um poder contratual de permuta e diálogo a fim de superar obstáculos sociais (SOARES; SILVEIRA; REINALDO, 2010). De acordo com Orr (2013), existe ainda a necessidade do enfermeiro valorizar a aplicação dos princípios do direito ao prestar cuidados aos portadores de transtornos mentais, sobretudo àqueles que são hospitalizados involuntariamente, como nos casos dos sujeitos deste estudo.

Para tanto, Travelbee (1979) argumenta que o relacionamento terapêutico embasa os cuidados de enfermagem na psiquiatria e, para estabelecê-lo, ocorrem quatro fases: pré-interação, inicial, identidades e término.

Na fase de pré-interação, o enfermeiro deve estabelecer o contato inicial com o paciente e levantar dados importantes para a prestação de cuidados por meio da compreensão de seus sintomas e da observação participante e/ou não participante (TRAVALBEE, 1979).

A fase inicial compreende a apresentação do profissional que deverá expor ao

paciente sobre a meta de ajudá-lo no tratamento, ressaltando que o relacionamento entre ambos é importante componente neste processo (TRAVALBEE, 1979).

A terceira fase é denominada identidades e nela o paciente tende a ser manipulador para testar a competência do profissional, o que predispõe que ambos se deparem, enquanto seres humanos, com impotências, dificuldades e incompatibilidades (TRAVALBEE, 1979).

Ainda, na última fase que Travelbee (1979) nomeou como término, surgem sentimentos de gratidão, independência ou indiferença e nela ocorre o fim do relacionamento terapêutico por diversas razões que compreendem o processo de adoecimento e de cuidar (alta, agravamento do quadro, dentre outras).

Complementando a importância dessas fases que compõem o relacionamento terapêutico, Silva et al. (2000) esclarecem que a tecnologia do cuidado instrumentalizado no relacionamento terapêutico estabelece a implementação de intervenções favoráveis ao tratamento do portador de transtorno mental.

Contudo, nenhuma dessas ponderações a respeito do relacionamento terapêutico era valorizada e nem executada pelos profissionais que acompanharam os participantes deste estudo durante a(s) sua(s) internação (ões) psiquiátrica(s), o que nos faz acreditar que não tinham acesso integral ao direito à saúde.

Outra situação que sinaliza para o não exercício de direitos é o fato das mulheres permanecerem em um pátio, separadas dos homens, e também de nenhum deles ter acesso à educação, ao trabalho e ao lazer, considerando que essas ações acontecem no meio social. Dessa forma, a meta era justamente retirá-los do contexto social por serem portadores de transtornos mentais e, consequentemente, “incapazes”, o que era, e ainda é, alvo de discriminação. Nesse sentido, no caso de Juvenal, por apresentar comportamentos que infringiram preceitos sociais (envolvimento com mulher casada com um homem que tinha uma representação social - delegado) foi retirado do convívio em sociedade, mesmo sem apresentar nenhum transtorno mental.

Ao especificarmos a situação de Juvenal que buscou incessantemente o diálogo junto aos funcionários do hospital e, posteriormente, com sua família ao se deslocar até um programa de televisão, observamos que acabou se convencendo de sua condição de vida ao referir que a culpa por todos os acontecimentos em sua vida era dele mesmo. Nesse contexto, esse relato expressa o fato de Juvenal ter

sido, na verdade, condenado a uma pena vitalícia no hospital psiquiátrico, sem ter sido julgado com base em um devido processo legal, em função de ter cometido adultério e ter se envolvido com a esposa de um delegado.

Assim, evidencia-se, na história de vida de Juvenal, que o adultério foi considerado um ato criminoso, sobretudo por envolver um homem de relevância social (delegado). Tal ato o condenou à gradativa morte social, a qual foi acelerada pela limitação física que adquiriu associada ao estigma resultante da internação psiquiátrica.

Portanto, o hospital psiquiátrico era considerado um serviço de saúde onde o diálogo não acontecia e a prioridade era solucionar e/ou evitar os problemas familiares e sociais por meio da segregação social, o que impossibilitava o exercício de direitos.

Contudo, essa situação não se restringe apenas ao cenário brasileiro. Laird (2010) descreve que, em 2008, um serviço de saúde de Mersey reconheceu as limitações dos profissionais de saúde que atuavam nos cuidados em saúde mental, com ênfase na equipe de enfermagem, que representava a maioria dos funcionários. Diante dessa realidade, esse serviço passou a oferecer treinamentos para os funcionários, gerando transformações no processo de trabalho que passou a se embasar nos direitos humanos, compreendidos como normas universais básicas que a todos pertencem.

Retomando a história relatada pelos sujeitos deste estudo, evidenciamos que em um serviço de cunho social, o exercício da cidadania era considerado e até estimulado, pois os participantes relataram que, no breve período em que permaneceram em uma instituição que priorizava a assistência social, foram levantados recursos para aproximá-los do exercício de alguns de seus direitos, o que pode ser representado pelas seguintes situações: permitir que Gilson passeasse em sua cidade natal e namorasse, possibilitar que todos participassem da organização da horta e dos gêneros alimentícios, facilitar a autonomia de Juvenal ao viabilizar a sua adaptação na cadeira de rodas, e estabelecer diálogo com todos os participantes, uma vez que eles relataram que as pessoas que trabalhavam e transitavam por esse serviço conversavam com eles e os inseriam na rotina.

Frente a essa diferenciação da realidade do cotidiano de serviço(s) de saúde e serviço de cunho social, Assis, Villa e Nascimento (2003) assinalam que os profissionais de saúde tendem a se empoderar por meio dos seus saberes e isso

dificulta o exercício de direitos fundamentais, tais como a liberdade e a igualdade dos usuários desses serviços.

Nesse contexto, constatamos que, em um serviço de saúde, os direitos eram cerceados e, em um serviço de cunho social, o seu exercício era valorizado e até estimulado. Esses fatos nos permitem indagar: Seria realmente o perfil dos profissionais de saúde que contribuiu para essa realidade? Ou seriam as exigências sociais aliadas à cultura organizacional de manter os portadores de transtornos mentais segregados que faziam com que fossem selecionados profissionais despreparados para uma assistência promotora da recuperação da saúde e impulsionadora do exercício de direitos?

Com essa percepção e mergulhadas em todos esses questionamentos, prosseguiremos abordando a dinâmica e a estrutura organizacional da residência terapêutica 1, onde vivem os sujeitos que relataram suas histórias de vida desde a primeira internação psiquiátrica.

6.3 Dinâmica e Estrutura Organizacional da Residência Terapêutica

Por considerarmos importante apresentar a dinâmica e a estrutura organizacional do serviço residencial terapêutico, que constitui o cenário desta pesquisa, direcionamos a observação participante para o cotidiano dos moradores nas dependências dessa residência.

Durante a semana, a partir das 7h, os moradores acordam e aqueles que vão diariamente para o CAPS costumam tomar banho. Já aqueles que vão de duas a três vezes por semana para o CAPS, nos dias em que não irão ao serviço permanecem na cama até serem convidados, pela cuidadora, para o café da manhã juntamente com os demais que já estão prontos para se deslocarem até o CAPS.

Após o café da manhã, iniciam-se os afazeres domésticos realizados pelas cuidadoras com a contribuição dos moradores que se habilitam espontaneamente. Assim, às segundas feiras, as roupas são lavadas. Às terças, todos os moradores vão para o tratamento no CAPS e, nesse dia, a cuidadora faz a faxina geral na casa e prepara a sopa de legumes, o alimento preferido de todos.

Nos outros dias da semana, as cuidadoras mantêm a limpeza da casa com a ajuda de alguns moradores que se disponibilizam para tal. A prioridade, entretanto, é

que elas estimulem os moradores a se cuidarem e a realizarem suas atividades preferidas em grupos, tais como ouvir e cantar músicas, assistir TV, ler, passear, fazer caminhada, dentre outras. Para tanto, observamos que as cuidadoras reforçam, continuamente, entre os moradores, conceitos de harmonia e respeito, o que condiz com a construção de um espaço familiar.

Aos finais de semana, essas cuidadoras cumprem um planejamento de atividades recreativas dirigidas a todos moradores. Tais atividades são propostas por eles durante uma reunião mensal realizada pela psicóloga e pelo enfermeiro que compõem a equipe de supervisão do SRT. Essa equipe também estimula as pessoas que têm autonomia a buscar por atividades de lazer aos finais de semana. Evidenciamos, então, que cada um dos moradores escolhe sua atividade de lazer preferida. Desse modo, duas moradoras frequentavam todos os domingos a feira livre, um morador dirigia-se todos os sábados a um bar para encontrar seus amigos e outro gostava de ir ao supermercado para fazer compras com o dinheiro recebido semanalmente por um trabalho informal que executava.

Além de estabelecer junto aos moradores as atividades externas a serem por eles realizadas, a equipe de supervisão estipulou horários para as refeições (7h- café da manhã, 11h- almoço, 15h- lanche, 18h- jantar e 22h- colação) e esperava-se que nesses horários todos os moradores e a cuidadora estivessem juntos à mesa, o que eles acreditam consolidar o vínculo recíproco entre moradores e cuidadora. Além das refeições, foi propagada a ideia de respeitar as diferenças de interesses e os objetos pessoais de cada um, intencionando o bom convívio entre todos. Ainda, para que essa boa relação se estendesse para a vizinhança, não era permitido ouvir música alta ou jogar bola no quintal ou na garagem após as 21h30min.

Diante dessa rotina, cabe mencionar o assinalado por Silva e Azevedo (2011) de que vivenciar o interior do Serviço Residencial Terapêutico exige, dos moradores, cuidadores e demais pessoas que por ali circulam, a criação de um cotidiano domiciliar que possibilite traçar caminhos para a reabilitação em um espaço onde são reconstruídos vínculos sociais e afetivos. Assim, a construção desse cotidiano deve garantir o convívio social do morador, o resgate da cidadania, a reabilitação psicossocial, promovendo laços afetivos, reconstruindo referências familiares e gerando sua reinserção no espaço da comunidade (SILVA; AZEVEDO, 2011).

Com o objetivo de compor esses caminhos que permitem ações de inclusão social e reabilitação, no artigo 6º da Portaria 106/2000 está definido que a estrutura

física das residências terapêuticas deve se situar em ambientes domiciliares e não em serviços de saúde. Estabelece, ainda, que no interior desse domicílio devem existir acomodações confortáveis e compatíveis para acolher todos os moradores, o que exige a presença de mobiliários e equipamentos necessários para o cumprimento de atividades domésticas (BRASIL, 2004a). Ao compararmos essa contextualização legal às descrições expostas no item 5.1 deste estudo, o qual aborda "A escolha do local de estudo", verifica-se que o SRT1 possui desde estrutura física até mobiliários e equipamentos recomendados pela referida Portaria.

Após identificarmos que o espaço físico estava em conformidade com a legislação e para confirmar a ideia inicial de que a rotina do SRT 1 é permeada por regras e motivações para o exercício da cidadania, também acompanhamos, durante o período de observação participante, moradores em atividades externas, o que, associado ao cotidiano interno descrito anteriormente, resultou nos subtemas apresentados a seguir.

6.3.1 Vida Entre Amigos/Irmãos e a Superação de Problemas

Conforme relatado anteriormente, o cotidiano dos moradores da residência terapêutica é permeado pelo desenvolvimento de atividades conjuntas, as quais são estimuladas pelas cuidadoras.

Essa afirmativa pode ser ilustrada pelos momentos de refeição, a qual só se inicia após todos estarem na mesa. Durante um almoço, ouvi a seguinte frase de Juca:

> *"Comer aqui sem a Fofinha é muito ruim e precisamos cuidar muito bem dela, quando ela voltar do hospital."*

Fofinha era uma das moradoras que precisava de auxílio para se alimentar e, antes de ser internada por problemas clínicos, Juca terminava de almoçar e pedia à mãe social para oferecer a ela a sobremesa, uma vez que a cuidadora era quem lhe dava o almoço na mesa de refeições junto aos demais moradores.

Eles também se agrupavam para ouvir músicas e assistir a filmes, quando faziam seus comentários sobre as obras. Entretanto, nem sempre todos concordam com as opiniões, o que abria possibilidades para a diversidade de pensamento, não

os impedindo de permanecer realizando essas atividades em conjunto. Em uma dessas conversas, Juca expressou:

> *"Não gosto dessa música, mas a gente não tem que gostar das mesmas coisas só porque somos amigos."*

Gilson concordou dizendo:

> *"Aqui existem regras e sempre disseram para um ajudar o outro e respeitar o gosto do outro. Mas, depois, você coloca o CD que você gosta."*

Para Mângia e Rosa (2002), a recomposição da rede social é uma consequência da estadia desses sujeitos no SRT. Com base nessa afirmativa, outro fato importante que expressa haver um sentimento de amizade entre esses sujeitos é a cooperação consolidada em suas relações e vivenciada em situações distintas, como no caso em que há pessoas em crise na casa, conforme registro abaixo descrito.

> *Nesse contexto, por exemplo, durante uma semana, dois moradores manifestaram dificuldades de deambulação e deglutição, o que a equipe do CAPS considerou um efeito colateral esperado após o início de um medicamento para controlar suas crises psicóticas.*
> *Nesse período, era frequente ver outros moradores como Gilson e Juvenal ajudando-os durante as refeições e levando-os de cadeiras de rodas para o transporte que os conduziria ao CAPS.*
> *Quando acompanhei Juca conduzindo uma dessas moradoras até a van, ele me disse:**
>
> *"Viemos juntos de Belo Horizonte para cá e agora ver ela assim é muito ruim. Para mim, ela é igual uma irmã."*

Essa fala de Juca acerca da construção de um vínculo similar a um laço familiar parece resultar do longo tempo vivido juntamente. Nessa perspectiva, essa foi uma expressão comum entre os moradores dessa casa, pois verbalizam vivenciar muitas experiências agradáveis juntos e relatam que a união resulta de um vínculo afetivo construído ao longo de suas vidas, desde o período em que residiam no hospital psiquiátrico até a atualidade no SRT:

> *"É muito bom ajudar uns aos outros aqui e a mãe é boa demais para todos nós. No hospital era bom também, mas, às vezes, a gente*

* Relato resultante da observação participante e registrado no caderno de campo.

> *ficava muito tempo sem se ver... (Florisbela).”*
>
> *“Levo um colega para passear, mas não deixo ele entrar no bar. Sabe né, eu não quero que ele fique bebendo pinga para não adoecer (Juca).”*
>
> *“Eu nem sei cadê os meus parentes de sangue e nem o Ratinho encontrou, mas todo mundo aqui é meu parente e muita gente daqui veio comigo na van de BH. Para alguém fazer alguma coisa ruim com eles, tem que passar por cima de mim (Juvenal).”*

Com base nessas considerações, verificamos haver um clima de companheirismo entre os moradores da residência terapêutica, o que decorre da longa convivência entre eles, pois todos viveram o processo de desospitalização simultaneamente. Esse processo, segundo Goffman (1961), é permeado por preocupações e inseguranças que giram em torno da condução da vida civil. Quanto a essa afirmativa, parece-nos que o trabalho das cuidadoras e as regras estabelecidas pela equipe responsável pela supervisão do SRT asseguram-lhes a re (re) construção de suas vidas civis.

Contudo, alguns problemas são enfrentados por eles no meio comunitário, o que pode ser exemplificado pelo relato abaixo, resultante da observação participante e registrado no caderno de campo.

> *Na manhã de domingo, é comum a ida dos munícipes de Uberaba ao mercado municipal para fazer compras e assistir a shows de artistas da cidade. Sendo assim, em um domingo de dezembro de 2012, Juca e Gilson convidaram-me para tomar café no mercado.*
> *Nesse dia, a cuidadora estimulou que usassem o dinheiro que lhes era entregue de suas aposentadorias, mas Juca não quis pegar todo o valor, pois estava guardando para a festa de Natal. Já Gilson pegou o seu dinheiro e perguntou a cada um dos moradores o que desejava que ele trouxesse do mercado e pediu para que anotássemos.*
> *Saímos por volta de 9h20min e, às 9h30min, adentramos o mercado para comermos pastel e tomarmos café. Após esse lanche, Juca e eu acompanhamos Gilson na compra de doces, frutas e refrigerante para os seus companheiros de moradia. Ao chegarmos a uma banca de frutas, o vendedor disse que apenas Juca e eu poderíamos escolhê-las, pois Gilson estava com roupas estranhas (ele usava bermuda larga, tênis e boné) e suas mãos estavam sujas. Diante desse comportamento do vendedor, tentei convencê-los a comprar frutas em outra banca, mas Juca se recusou e respondeu ao vendedor que Gilson era uma pessoa como qualquer outra e que as roupas dele não determinavam quem ele era. Após essa fala, Gilson pediu para ajudá-lo a encontrar uma torneira para que lavasse as mãos e, após, ele e Juca escolheram as frutas nessa mesma banca e efetuaram o pagamento. Ao sairmos da banca, Gilson agradeceu*

> *Juca por ter conversado com o vendedor, pois ele disse gostar de usar aquele estilo de roupa e acreditar que "isso não determinava se ele era ou não um cara legal". Nesse clima de apoio mútuo caminhamos para o show, onde permanecemos até as 10h50min, quando Gilson nos lembrou de que deveríamos retornar para o SRT, pois o almoço seria às 11h.**

Esse episódio demonstrou, dentre outras situações reportadas, que a amizade dos moradores do SRT os ajuda a superar problemas vivenciados no meio comunitário.

Nesse sentido, Fassheber e Vidal (2007) reportam que a residência terapêutica favorece a (re)construção de identidades e a recuperação da cidadania. Com base nessa afirmativa, percebemos que Gilson escolheu um estilo de vestimenta e defendia sua escolha com a ajuda do amigo que nos convenceu, inclusive, a permanecermos naquela banca para comprarmos as frutas, o que expressa a defesa do direito de Gilson fazer as compras onde desejasse, ou seja, exercendo o seu direito, o que condiz com a recuperação da cidadania.

Entretanto, todos os participantes deste estudo apontaram que, dentre os problemas que vivenciam para o exercício da cidadania, o mais incidente é o preconceito, descrito no subtema a seguir.

6.3.2 As Dificuldades no Meio Social e o Preconceito

O transtorno mental ainda é alvo de preconceito pela sociedade. A convivência junto aos moradores nos fez acompanhar essa realidade, mesmo diante de um intenso trabalho das cuidadoras e da equipe de supervisão desse serviço.

> *Essa afirmativa pode ser evidenciada pelo comportamento de receio que uma das vizinhas apresentava quando um dos moradores permanecia, sem a companhia da cuidadora, sentado em frente ao SRT em um fim de tarde para fumar e apreciar a movimentação da rua. Nessa situação, não permitia que seu filho continuasse brincando em frente à sua casa, localizada na mesma calçada do SRT. Assim, por duas vezes, a vimos se comunicando com outra senhora que reside ao lado de sua casa, e que também tem um filho que brinca com o seu, para que elas conduzissem as crianças para*

* Relato resultante da observação participante e registrado no caderno de campo.

> *as suas respectivas residências. Entretanto, o morador do SRT não notou o receio dessa vizinha e manteve-se tranquilo, não percebendo, portanto, o preconceito.**

Velôso et al. (2011) realizaram um estudo analisando os sentidos atribuídos às residências terapêuticas pela população que reside ao seu redor. Os autores identificaram que a população concebe os SRT como uma instituição de tratamento e apoio social para "doentes ou pessoas com problemas" e não como uma moradia, conforme proposto pela legislação que regulamenta os SRTs e o Movimento reformista brasileiro.

Ao observarmos o comportamento da vizinha do SRT 1 diante da presença de um dos moradores, concordamos com as evidências do estudo de Velôso et al e acrescentamos que a ideia de que o transtorno mental gera risco social perpassa pelas crenças da população e acentua o preconceito social, nem sempre despercebido pelos participantes deste estudo e até por nós, conforme descrito nos próximos parágrafos.

Quando há algum aniversariante em um dos SRTs é comum que seja comemorada a festa de aniversário na própria moradia desse sujeito e os moradores das outras duas casas são convidados. Dessa forma, em uma tarde de sábado de agosto de 2012, nos deslocamos para uma festa de aniversário no SRT 2 e, durante o percurso, Juvenal fez o seguinte questionamento:

> *"Florisbela, às vezes vejo as pessoas atravessarem a rua quando passamos e elas ficam cochichando. Você já viu?"*

Florisbela respondeu:

> *"Você sabe que eles acham que a gente é doido e todo mundo tem medo da gente. É assim mesmo."*

> *Diante dessa conversa, atentamo-nos para comportamento de algumas pessoas que estavam passando pelas ruas por onde caminhávamos e confirmamos ser frequente atravessarem a rua e ficarem comentando sobre nosso grupo.**

Esse episódio trouxe luz para alguns relatos dos sujeitos desse estudo, descritos a seguir:

---

* Relato resultante da observação participante e registrado no caderno de campo.

> *"É difícil darem emprego para a gente... (Juca)"*
> *"No bar, muitas pessoas riem de mim (Gilson)"*
> *"Tinha vontade de voltar a trabalhar com massagem, mas ninguém acredita que dou conta (Florisbela)."*

Essas falas sinalizam para a importância de que o processo de reforma psiquiátrica elabore estratégias que expressem para a sociedade a necessidade de se respeitar esses sujeitos como cidadãos e desmistificar o rótulo de periculosidade imposto às pessoas com transtornos mentais.

Reforçamos essa afirmativa por meio do princípio da universalidade de direitos, pelo qual todas as pessoas, independentemente de sua condição social, raça, cor ou credo, devem ter acesso aos bens e serviços sociais (BRASIL, 1988). Todavia, historicamente, os portadores de transtornos mentais têm sido discriminados pela sociedade, necessitando que seus direitos sejam protegidos.

Nesse cenário, vale ressaltar que o estigma relacionado aos portadores de transtorno mental vem se consolidando na sociedade há vários séculos, pois a presença simbólica dos transtornos mentais se faz como uma forma de vida rotulada e excluída e isso acaba por refletir na própria pessoa, com uma postura de negação de seu diagnóstico e de seu tratamento (SILVA, 2007). Nesse sentido, Pitta (2011, p. 4588), em um artigo contendo um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, expõe:

> O doente mental antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, se transforma em sujeito cidadão e não objeto de políticas públicas. Sendo uma questão mais ética-política e cultural do que técnica, o futuro da *Reforma Psiquiátrica* está na esperança que os usuários, familiares, trabalhadores - esses novos protagonistas que amadurecem e se renovam a cada dia – encontrem modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas.

Após essa citação, refletimos sobre o cotidiano no interior da residência terapêutica onde a presente investigação foi realizada e consideramos que nesse espaço cada morador é considerado um sujeito de sua vida, titular de direitos e deveres e, nesse cotidiano, prioriza-se o respeito humano, apresentado no próximo subtema.

6.3.3 O Respeito Humano e a Cultura do SRT

O respeito humano foi um importante e frequente registro evidenciado na observação participante, presente reiteradamente nas falas dos sujeitos.

Considerando que os SRTs compõem um dos equipamentos da desospitalização, Silva (2007) ressalta que tais equipamentos visam humanizar os serviços de saúde, modificando o cenário cunhado pelo tratamento da loucura em sua construção histórico-social, que sempre primou pelo discurso jurídico opressor, efetivado por normas de cerceamento da autonomia e das singularidades do sujeito, segundo uma política de exclusão social.

Para fundamentar legalmente esse objetivo, destacamos a Resolução 46/119, de 17 de dezembro de 1991, sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e a melhoria no campo dos direitos das pessoas com doença mental, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (WACHENFELD, 1992). Fregonezi (2010) assinala que a referida resolução solidificou e confirmou a mudança de paradigma no tratamento dos portadores de transtorno mental ao garantir a dignidade humana e o respeito à pessoa humana.

Assim, verificamos a importância de apresentar situações e descrições que nos fizeram considerar que o respeito humano compõe a diretriz da cultura do SRT.

> *Durante as atividades de limpeza e manutenção da casa, todos moradores são estimulados a participar, organizando suas roupas no guarda-roupa e até do próprio quarto, bem como varrendo espaços coletivos, tais como sala de TV ou cozinha. Entretanto, ninguém era obrigado a executar essas atividades.*
> *Outra situação que possibilitou identificar a prática do respeito humano foi acompanhar a higienização matinal de um dos moradores que não tinha autonomia em decorrência de problemas físicos. Nessa prática, a cuidadora questionava-o sobre as roupas de sua preferência e sobre a necessidade de aquecer ou não a água do chuveiro que estava sendo utilizada no seu banho.*
> *Nas atividades de entretenimento desenvolvidas no interior do SRT, as quais consistem em ouvir música, assistir TV/DVD e jogar baralho, dama ou bingo, existe um compartilhamento de interesses e aqueles que não gostam do que está sendo utilizado para o entretenimento, buscam alternativas ou até permanecem entre o grupo por um tempo curto, quando procuram outras opções por conta própria ou com o auxílio da cuidadora.**

Considerando o caráter terapêutico dessas residências, destacamos a

* Relato resultante da observação participante e registrado no caderno de campo.

afirmativa de Martins et al. (2012) sobre o papel dos profissionais atuantes em residências terapêuticas no sentido de promover a autonomia das pessoas como seres biopsicossociais, por meio de uma relação de confiança que valorize a dignidade humana e assim possibilite identificar os riscos, conflitos sociais e emocionais aos quais essa clientela está exposta.

Por conseguinte, as regras existentes para as atividades de lazer executadas no meio externo estavam explícitas para os participantes deste estudo e eram por eles vistas como um recurso para prevenir riscos, o que foi confirmado quando presenciamos um morador que estava saindo para ir ao bar em um sábado à noite. Nesse momento, ele foi acionado pela cuidadora, que fez a seguinte recomendação:

> *"Você sabe que a regra é você voltar até dez e meia da noite e não beber cerveja, né?"*

Ao perceber que eu estava observando esse diálogo, Gilson me disse:

> *"Aqui existem regras, mas, se não tiver, vira bagunça. Vou ver o pessoal no bar, mas não vou beber nada, senão a mãe fica brava e meus irmãos ficam chateados comigo (Gilson)."*

Com base nesse comentário de Gilson, percebemos que ele interpreta as regras enquanto estratégias que priorizam o bem-estar individual e grupal e não como um processo de punição/compensação.

Desse modo, acompanhar a vida das pessoas nessa casa e identificar a concepção de humanização introjetada entre os próprios moradores e, sobretudo, no trabalho desenvolvido pelas cuidadoras, nos fez concluir que o respeito humano direciona a cultura do SRT estudado.

Entretanto, ressaltamos que a realidade observada no SRT 1 não corresponde, necessariamente, a experiências vivenciadas nesse mesmo serviço em outros locais. Nesse sentido, Cunha (2010) evidenciou a existência de residências terapêuticas geridas pela rede municipal que têm sua cultura influenciada pelo desconhecimento dos gestores municipais acerca das propostas de desinstitucionalização, o que as torna um serviço substitutivo à internação de longa duração e não um serviço de desinstitucionalização. Sendo assim, acreditamos que o fato de a residência terapêutica onde se realizou este estudo não estar vinculada ao serviço público municipal pode ter sido um elemento favorável

para a composição de um espaço respeitoso, que valoriza os princípios da desinstitucionalização, norteando uma cultura focada no respeito humano.

Ao refletirmos sobre essa realidade concordamos com Teixeira (2004) quando considera o trabalho social uma ferramenta essencial para a promoção de vida e de saúde individual e coletiva, o que, para ele, representa uma consequência micropolítica das práticas de cuidado. Desse modo, o trabalho desenvolvido pelas cuidadoras do SRT 1 constitui um trabalho social e contempla a concepção de humanização percebida no SRT 1 e as possibilidades vivenciadas por seus moradores no sentido de exercerem seus direitos.

6.4 O Exercício dos Direitos Humanos com Ênfase no Direito à Igualdade, Liberdade, Saúde, Moradia, Educação, Trabalho e Lazer Após a Vinda Para o Serviço Residencial Terapêutico

Parece-nos que adentrar ao SRT 1 possibilitou aos participantes deste estudo constituir um vínculo de respeito mútuo, bem como vivenciar direitos individuais e sociais inerentes à existência humana.

Essa realidade é confirmada por Saraceno (1999), que assinala a diferença entre estar em um hospital psiquiátrico e em uma residência. Esse autor argumenta que, no hospital, o sujeito tende a ser passivo diante das imposições institucionalizantes e, na “casa”, sua participação é ativa; essa nova condição favorece a construção de vínculos pessoais, comunitários, ou seja, o predispõe a construir a sua identidade e a exercer os seus direitos.

Dentre esses direitos, o direito à moradia é contemplado com ênfase no respeito humano e na dignidade, uma vez que todos os moradores relataram que as regras estabelecidas pela equipe de supervisão e implementadas pelas cuidadoras são necessárias e visam organizar o ambiente e protegê-los de riscos no meio externo (tais como assaltos, comuns quando transitam pela madrugada). A casa, propriamente dita, é um espaço promotor de vida, onde são priorizados a harmonia e o respeito pelas preferências de cada um, constituindo um ambiente familiar. Chamou-nos a atenção o fato dessa concepção familiar começar a ser construída no abrigo pelas assistentes sociais.

Ao se referir à moradia, Saraceno (1999) também menciona que a garantia de

um espaço que proporcione segurança e conforto para o portador de transtorno mental e de onde esses sujeitos possam sair para transitar pela comunidade e retornar sem serem punidos é um importante componente da reabilitação psicossocial.

Contudo, essa moradia garantiu o direito à igualdade apenas em suas dependências internas, pois no meio social a discriminação ocorre, uma vez que a sociedade percebe a pessoa com transtorno mental como um ser perigoso e desprovido de crítica. Destacamos que a discriminação perante o portador de transtorno mental ocorre também em diferentes realidades e contextos, por exemplo, no continente europeu, mesmo após terem sido implementadas ações visando assegurar os direitos dessas pessoas. Nesse cenário, Loureiro, Dias e Aragão (2008) mencionam que, se por um lado verifica-se um conhecimento e reconhecimento crescentes desses tipos de doenças, por outro há um conjunto de crenças enraizadas no universo social e cultural que gera o estereótipo de que os portadores de transtornos mentais são perigosos e seus transtornos incuráveis. O reconhecimento da existência desse tipo de estereótipo é, atualmente, oficial e o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental de Portugal (PORTUGAL, 2007, p. 12) descreve que “apesar da alta prevalência das perturbações mentais os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais de saúde [...]”.

Para Gable et al. (2005), o preconceito constitui uma das mais frequentes violações aos direitos humanos vivenciadas pelos portadores de transtornos mentais em diferentes regiões do mundo. A World Health Organization (WHO, 2009) reforça essa constatação ao reconhecer que a violação dos direitos humanos em saúde mental é um agravante que decorre da exclusão da vida em comunidade. Assim, com o intuito de mudar essa realidade, o trabalho da OMS foi fortalecido em 2008 por uma Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU), denominada Convenção das Pessoas com Deficiência. Tal iniciativa representa uma conquista em prol da melhoria de vida dos portadores de transtornos mentais, pois, nessa convenção, o estigma é particularmente abordado em suas dimensões civis, sociais, políticas e econômicas (BRASIL, 2012b).

Apoiado nesse alicerce legal, o Brasil ratificou essa Convenção, incorporando-a ao ordenamento jurídico interno com o objetivo de avançar na

consolidação dos direitos humanos por meio de mecanismos que buscam extinguir a discriminação e valorizar o acesso à dignidade humana pelos portadores de deficiência mental.

Prosseguimos relembrando que, no cenário brasileiro, adotou-se o modelo italiano de reconstrução dos saberes e das práticas em saúde mental, o qual prioriza a reabilitação psicossocial visando promover a autonomia dos portadores de transtornos mentais. Diante dessa realidade, Hirdes (2001) considera que a reabilitação favorece a redução do estigma e, portanto, por meio dela é possível a inclusão social desses sujeitos.

Considerando que o cotidiano do SRT1 é norteado pela constituição da autonomia de seus moradores, a amizade presente desde o período em que os participantes deste estudo estiveram no serviço de cunho social em Belo Horizonte foi reforçada, gerando cumplicidade e companheirismo, o que lhes favorece superar o preconceito. Além disso, essa condição nos faz acreditar que, juntos, eles construíram a igualdade no interior do SRT e desejam conquistá-la na comunidade com a ajuda e incentivo das cuidadoras e da equipe de supervisão e também por meio de suas próprias ações, as quais revelam não aceitarem imposições externas que desrespeitem os seus direitos, tal como ocorreu durante as compras no Mercado Municipal, conforme descrito no subtema 6.3.1 desta tese, intitulado “Vida entre amigos/irmãos e a superação de problemas”.

Para que esses sujeitos caminhem rumo à igualdade, no interior do SRT 1 há uma prática contínua de educação informal, a qual Dallari (2004) esclarece resultar do meio social onde as pessoas vivem. Considerando essa proposição do autor, deparamo-nos com um cotidiano permeado por ações educativas informais, as quais estão intimamente ligadas à capacitação para o retorno à vida civil que lhes foi retirada durante a permanência no hospital psiquiátrico.

Ainda, para aumentar os recursos predisponentes ao exercício da igualdade, foi oferecida para Florisbela, Gilson e Juca a possibilidade de retomar as atividades escolares em escolas regulares, o que Dallari (2004) denomina de educação formal e que favorece a construção de um processo de ensino- aprendizagem. Diante dessa oferta, Florisbela não aceitou e optou por realizar trabalhos manuais. Já Juca e Gilson se inseriram na escola, o que lhes trouxe satisfação e oportunidade de fazer novos planos (Gilson planeja se casar e comprar um carro). Nesse contexto, verificou-se a possibilidade do exercício do direito à educação por esses sujeitos

após a vinda para o serviço residencial terapêutico. Para Bringas e Merino (2010), a educação compõe um eixo fundamental para o exercício da cidadania e possibilita aos cidadãos se prepararem para participar ativamente na sociedade e se expressarem com liberdade.

Ao relacionarmos essa afirmativa às histórias de vida dos participantes deste estudo, identificamos que o acesso à educação formal e informal possibilita que cresçam enquanto pessoas que passam a se sentir motivadas para novas conquistas e ainda os predispõem para o exercício do direito à igualdade. Nesse contexto, ressalta-se um exemplo de exercício do direito à liberdade quando Florisbela pôde optar pelos trabalhos manuais em vez de frequentar a escola.

Outra situação que evidencia o exercício do direito à liberdade refere-se às reuniões mensais realizadas pela equipe de supervisão para estabelecer, junto aos moradores, suas atividades sociais, bem como levantar necessidades e propor soluções com base em suas opiniões. Também é oferecida liberdade para que frequentem espaços comunitários (praças, comércio, entre outros) e de lazer, conforme a escolha de cada um. Entretanto, por questões judiciais, Gilson não pode ser liberado para visitar a sua cidade natal e rever a sua antiga namorada, uma vez que ele e os demais moradores estão sob a responsabilidade e proteção do Estado.

Em prol da reconstrução da vida dessas pessoas, o exercício do direito ao trabalho também ocorre quando Juca e Florisbela informaram estarem inseridos no mercado de trabalho informal, o que para eles é muito gratificante e permite o estabelecimento de novos vínculos sociais (estabelecem contato com pessoas que buscam por seus respectivos serviços - estofamento e vendas).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o trabalho é essencial para conciliar sentimentos e interesses humanos, o que o torna um eixo da reabilitação psicossocial (SARACENO, 1999).

Entretanto, é comum nos depararmos com práticas assistencialistas e caridosas que podem dificultar a real inclusão desses sujeitos no mercado de trabalho. Para melhor subsidiar essa afirmativa, evidenciamos, no art. 3º da Constituição Brasileira, que o exercício de alguns direitos como o de estudar, ir e vir e trabalhar repercute na inclusão de todo e qualquer cidadão (BRASIL, 1988). Assim, considerando as especificidades do portador de transtorno mental, denominado nos documentos legais, com exceção da Lei 10.216, de deficiente mental, o Ministério do Trabalho (BRASIL, 2007b) esclarece que o direito ao trabalho

deve ser assegurado pelo Estado com a parceria dos empresários.

Para tanto, em 1991, foi elaborada a Lei nº 8.213, a qual, no artigo 93, estabelece que empresas com cem ou mais funcionários devem destinar uma parcela de suas vagas aos portadores de deficiências (BRASIL, 1991).

Dentre os tipos de deficiências abordadas nessa Lei está a de natureza mental que, como já mencionado no início desta tese, na terminologia jurídica pode ser considerada sinônimo de transtorno mental. Dessa forma, o portador de transtorno mental é contemplado pela referida Lei, bem como os portadores de deficiência auditiva, motora, visual, dentre outras.

Contudo, o preconceito dificulta o preenchimento dessas vagas de trabalho pelos portadores de transtornos mentais, uma vez que o rótulo de periculosidade lhes é atribuído, o que é considerado por Velôso et al. (2011) como um desafio a ser superado para que a Reforma Psiquiátrica se concretize. Esses autores ressaltam também o fato da sociedade considerar que o transtorno mental gera, automaticamente, incapacidade e/ou instabilidade contínua de comportamento.

Com base nessas considerações, é comum encontrar portadores de transtorno mental no mercado de trabalho informal, assim como Juca e Florisbela, os quais, até o momento, se satisfazem com essa situação. Entretanto, concordamos com Velôso et al. (2011) que nesse sentido há um desafio a ser superado pelo movimento reformista e acrescentamos que o exercício da cidadania é uma realidade que exige cumprimento de Lei de maneira igualitária e não excludente.

Ao buscarmos por um direito exercido de maneira igualitária em espaços públicos, deparamo-nos com o direito ao lazer por ter se revelado uma prática unânime entre os participantes deste estudo, após a moradia no SRT1. O exercício desse direito nos pareceu ser utilizado enquanto um veículo de inclusão social e promoção de saúde mental e também no intuito de fortalecer o direito à igualdade e à liberdade. Percebemos ainda ser vivenciado com prazer e liberdade pelos participantes.

Fassheber e Vidal (2007) concebem que o cotidiano da residência terapêutica deve propiciar a reconstrução da identidade dos seus moradores e a (re)apropriação de suas vidas. Nessa perspectiva, o lazer nos pareceu constituir a estratégia mais utilizada de inclusão social, na qual são abordados importantes aspectos da vida civil em sociedade, tais como o prazer, a utilização do dinheiro, a segurança, as relações sociais e o respeito às regras sociais. Assim, o exercício do direito ao lazer

contribui na construção das identidades e, consequentemente, na gradativa apropriação de suas vidas.

Há ainda uma atenção especial para o exercício do direito à saúde por esses sujeitos após fixarem residência no SRT1, uma vez que todos são acompanhados pela equipe interdisciplinar do CAPS e as ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e recuperação clínica (quando existem) são monitoradas pelo enfermeiro da equipe de supervisão, que estabelece contato direto e contínuo com a Estratégia Saúde da Família e demais equipamentos de saúde necessários (ambulatórios, hospitais, entre outros).

No que se refere ao direito à saúde, deparamo-nos com distintos propósitos da sociedade ao abordar a temática saúde dos portadores de transtornos mentais, pois, historicamente, a oferta da assistência em saúde tem sido esteriotipada pelos interesses sociais de manter a ordem.

Nesse contexto, as abordagens psicossociais do portador de transtorno mental adentram o cenário nacional, representadas, sobretudo, pela reabilitação psicossocial enquanto uma ferramenta de cuidados em saúde mental coerente com o modelo da determinação social da saúde e com os princípios do Sistema Único de Saúde, a saber: universalidade, equidade e integralidade.

Para Mendes (2010), as propostas que se interligam aos determinantes sociais de saúde sustentam a inter-relação entre a produção de saúde e a qualidade de vida e o empoderamento do ser humano, o que exige articulação interssetorial, política e social. Jenkins et al. (2011) argumentam ser necessária uma abordagem integrada de todos os níveis de cuidados em saúde (primário, secundário e terciário) aos setores sociais, econômicos e educacionais para a prestação de cuidados de saúde mental de modo a possibilitar o adequado uso dos recursos humanos e financeiros disponíveis para a sustentabilidade da saúde mental.

Nesse sentido, ainda que a reabilitação psicossocial seja a vertente dos tratamentos atuais, a condição aguda da doença permanece sendo, indiscutivelmente, um dificultador para o seu alcance, o que reforça a proposta de Hirdes (2001) de que a primeira etapa do processo de reabilitação seja a redução da sintomatologia e da iatrogenia para ser possível prosseguir em direção à ampliação das habilidades sociais dos portadores de transtornos mentais.

Assim, percebemos que os cuidados em saúde mental não devem desvalorizar a condição aguda ou as consequências do adoecimento psíquico, bem

como a necessidade de se associar o uso de medicamentos às abordagens não medicamentosas. Essa percepção foi reforçada ao realizarmos esta pesquisa, na qual verificamos que o direito à saúde após a vinda dos participantes para o SRT consolida-se com a inclusão de todos no atendimento do Centro de Atenção Psicossocial e demais dispositivos assistenciais necessários, bem como com a busca contínua pela qualidade de vida desses sujeitos, o que contempla valorizar os determinantes sociais de saúde (lazer, educação, acesso aos serviços de saúde, economia, moradia, entre outros).

Após analisarmos o exercício dos direitos à igualdade, liberdade, saúde, moradia, educação, trabalho e lazer com a vinda dos sujeitos para o serviço residencial terapêutico, surgiram alguns questionamentos que nos induziram a reflexões. São eles: com base no princípio que no SRT a autonomia é a premissa norteadora, por que acontece a supervisão contínua das cuidadoras? Ainda: se diante do Estado todos são iguais e têm direito à liberdade, por que controlar a liberdade desses sujeitos que estão sob a responsabilidade do Estado?

Buscando resposta para o primeiro questionamento, deparamo-nos com a realidade das histórias de vida de Florisbela, Juca, Gilson e Juvenal, que viveram por 8, 15, 12 e 15 anos, respectivamente, em hospital(is) psiquiátrico(s), e estão há aproximadamente seis anos no SRT. Parece-nos que no longo período de internação ocorreu a reclusão da identidade desses sujeitos, bem como o distanciamento da vida civil e a institucionalização propriamente dita. Com base nesses pontos, concordamos com a necessidade do trabalho das cuidadoras e da equipe de supervisão para assegurar o aspecto terapêutico do SRT como um promotor lento e gradativo de autonomia. Destacamos o caráter lento e gradativo pela condição crônica desses sujeitos, que parece decorrer do longo período no qual ficaram sem assistência, embora estivessem no hospital, o qual lhes representou um espaço de exclusão e produção de sofrimento e não de tratamento.

Essa situação legitima esses sujeitos como diferentes e esse é um direito que eles têm, o que faz com que necessitem de um suporte profissional com fins terapêuticos para que consolidem, conforme as suas escolhas e condições cognitivas, o exercício de sua cidadania.

Nesse sentido, Santos, B. (1999) argumenta que os portadores de transtornos mentais estão inseridos em um grupo social discriminado que gerou políticas que negavam as suas diferenças e resultavam em uma gestão controlada dessa parcela

que compõe a sociedade, por meio de mecanismos de inclusão social subordinados ao Estado.

Ao se referir às responsabilidades do Estado na proteção dos portadores de transtornos mentais, Ventura (2011b, p. 19) menciona que “as pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos”. Nessa perspectiva, sendo os participantes desse estudo pessoas sem quaisquer vínculos familiares, compete ao Estado a responsabilidade de assegurar a sua proteção e garantir o exercício dos seus direitos sociais, econômicos e culturais, assim como os direitos civis e políticos.

Dessa maneira, acontece o controle da liberdade desses sujeitos que estão sob a responsabilidade do Estado, o que nos faz crer ser fundamental o redimensionamento de políticas que favoreçam a igualdade no exercício do direito à liberdade, apesar da condição diferente em que vivem, visando que, concomitantemente, se alcance o desafio de garantir sua proteção.

No Reino Unido, Edgley, Stickley e Masterson (2006) discutem um projeto de Lei proposto no país (Projeto New Labor) que priorizava a prestação de cuidados em detrimento do exercício do direito à liberdade, reforçando a necessidade de valorização dos direitos humanos.

De maneira geral, verifica-se que o exercício dos direitos com ênfase no direito à igualdade, liberdade, saúde, moradia, educação, trabalho e lazer após a vinda para o serviço residencial terapêutico acontece com o monitoramento e estímulo das cuidadoras e da equipe de supervisão do SRT1, uma vez que, mesmo vivenciando esses direitos, nenhum dos participantes possui consciência explícita dos seus direitos como cidadãos.

Com base nessa constatação, consideramos relevante expor a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, que enfoca o reconhecimento com base em situações de desrespeito, representadas, sobretudo, pela violação, pela privação de direitos e pela degradação (HONNETH, 2009).

Nesse contexto, situações de desrespeito ocorreram com todos os participantes deste estudo durante a permanência no(s) hospital (is) psiquiátrico (s) e, atualmente, em um novo cenário composto para proporcionar autonomia, deve-se apresentar recursos para que eles sejam reconhecidos enquanto cidadãos.

Para se alcançar o reconhecimento, Honneth (2009) elenca três esferas para o aprendizado moral, as quais estão diretamente relacionadas aos direitos

individuais e políticos. São elas: amor, estima social e direito, que possibilitam compor no sujeito o amor próprio, a autoestima e o autorrespeito, conforme ilustrado a seguir.

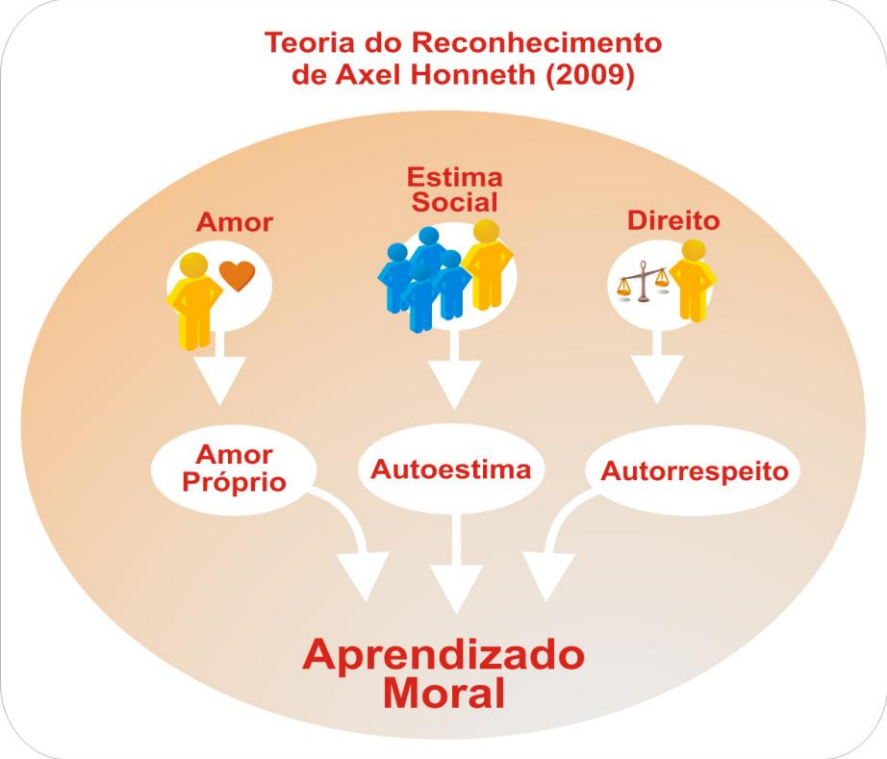

Figura 1 – Teoria do reconhecimento
Fonte: Honneth (2009).

Outro discurso similar à Teoria de Honneth, mas de cunho político, resulta do trabalho de Delgado (2011), no qual ele associa a não consciência explícita dos portadores de transtornos mentais sobre os seus direitos como cidadãos ao fato de terem participado passivamente das discussões técnico-políticas e práticas assistenciais que recebiam. Delgado (2011) prossegue afirmando que os dez anos da Lei 10.216 acarretaram mudanças ideológicas na concepção de cidadania do portador de transtorno mental, as quais podem ser representadas pela necessidade de se instrumentalizar essas pessoas, por meio de diálogos e com informações que lhes sejam acessíveis e promotoras de um conhecimento crítico sobre a diferenciação do senso comum e da cientificidade.

Consideramos que essa concepção de Delgado pode ser enriquecida com as reflexões de Turiano e Smith (2008), que realizaram um trabalho valorizando uma abordagem baseada nos direitos humanos para aprimorar diversos setores tais como: saúde, economia, cultura e sociedade propriamente dita. Como conclusão,

esses autores evidenciaram a necessidade dos grupos marginalizados, como o de portadores de transtornos mentais, serem informados sobre os seus direitos para que possam buscá-los a longo prazo. Os autores reforçaram que, com base nessa nova proposta, o portador de transtorno mental terá condições de se perceber como um cidadão e buscar seus direitos.

Acreditamos que tanto Axel Honneth quanto Delgado expõem considerações que possibilitam o empoderamento dos portadores de transtornos mentais e, consequentemente, a implementação do modelo proposto por Saraceno (1999), segundo o qual a reabilitação psicossocial advém de três eixos: habitar (moradia), rede social e trabalho, o qual é detalhado abaixo.

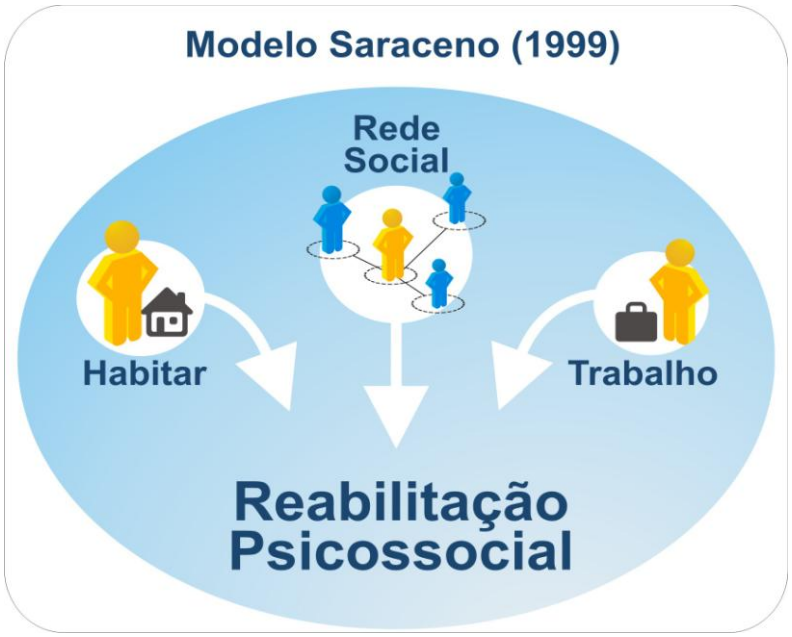

Figura 2 – Modelo Saraceno
Fonte: Saraceno (1999).

Quanto ao eixo habitar, verificamos que a residência terapêutica possibilita a construção de uma moradia com propulsores de identidade e vida civil. Já os demais eixos considerados, assim como a moradia, direitos sociais, precisam de subsídios técnicos, políticos e sociais. Nessa perspectiva, Sheather (2009) argumenta que, dentre esses subsídios, destaca-se a ausência de recursos financeiros, o que é reforçado por Bell (2008) quando assinala a necessidade de políticas que assegurem o repasse financeiro necessário para a implementação da Lei de Saúde Mental, aprovada em 2007 na Inglaterra.

Essa realidade de limitação de acessibilidade integral a todos os eixos que compreendem direitos sociais compromete, também, a efetivação da cidadania

plena que Marshall (1967) denominou como o direito de exercer simultaneamente direitos individuais e sociais.

Fundamentadas na Teoria de Honneth e nos eixos propostos por Saraceno, identificamos que o SRT que compôs o cenário deste estudo contempla o exercício da cidadania. Por estarem estruturadas conforme as diretrizes das Portarias 106/2000 e 3090/2011, consideramos que, dentre os dispositivos de saúde mental, as residências terapêuticas proporcionam possibilidades reais para o exercício dos direitos**,** com ênfase naqueles que dizem respeito à saúde, moradia, educação e lazer de maneira plena. Contudo, no que diz respeito à igualdade e liberdade, é preciso repensá-los, uma vez que os moradores desses serviços têm o direito de serem diferentes e isso não os impede de exercerem o direito à igualdade.

Diante dessa fundamentação, elaboramos o diagrama abaixo, no qual é ilustrada a correlação entre o serviço residencial terapêutico e o exercício dos direitos humanos à luz dos eixos propostos por Saraceno e da Teoria de Axel Honneth.

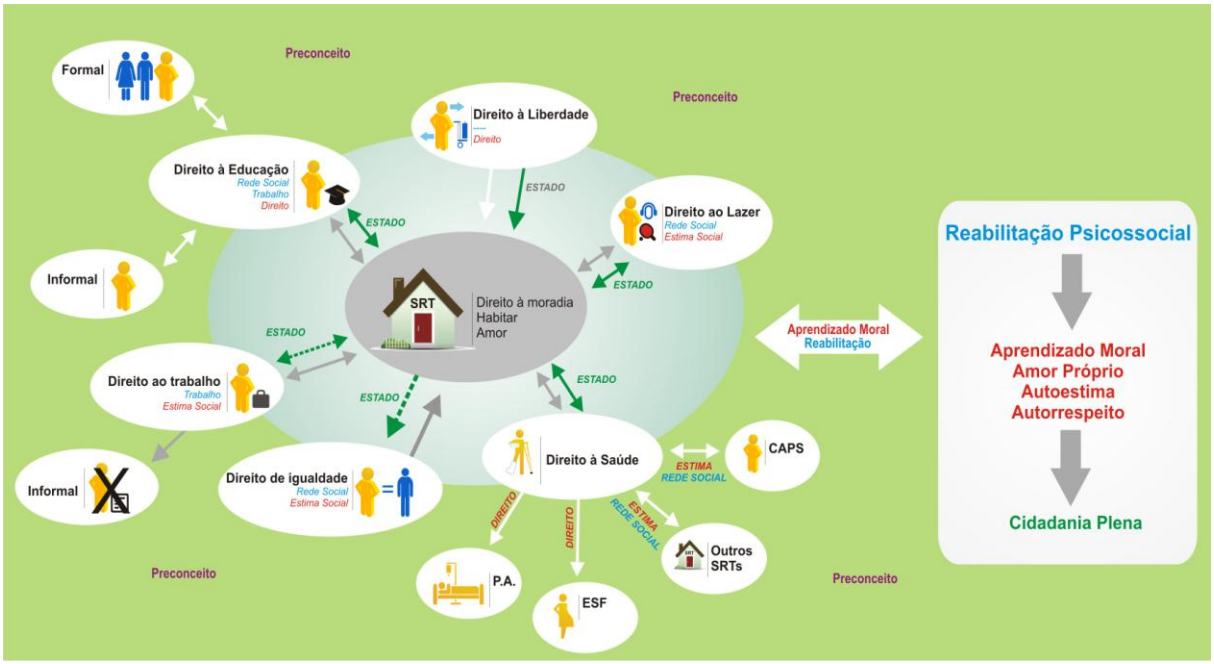

Figura 3 – Serviço residencial terapêutico e o exercício dos direitos à luz de Saraceno e Honneth

Fonte: autoria própria.

Com base nesse diagrama, verifica-se que o direito à moradia, à educação e ao lazer, os quais constituem direitos que estão sob a responsabilidade integral do Estado, são exercidos pelos moradores do SRT tanto no interior dessas residências como no meio social.

O exercício do direito à moradia proporciona a esses sujeitos o eixo habitar e o amor, propostos por Saraceno e Honneth, respectivamente. Já o direito à educação possibilita os eixos rede social e trabalho de Saraceno e o componente direito da Teoria de Honneth. O direito ao lazer corresponde ao eixo rede social e estima social de Saraceno e Honneth, respectivamente.

Apesar de o exercício dos direitos de segunda dimensão ser assegurado pelo Estado aos portadores de transtornos mentais, trabalho e saúde são exercidos apenas de maneira parcial, uma vez que o preconceito social interfere diretamente na inserção dessas pessoas no mercado de trabalho formal, o que resulta em acesso somente ao mercado informal, o que não lhes assegura qualquer direito trabalhista. Mesmo assim, esses sujeitos revelaram ter acesso ao trabalho e estima social, propostos, respectivamente, por Saraceno e Honneth, o que se explica pela ausência de conhecimento sobre seus direitos como cidadãos.

No contexto do direito à saúde, existe um exercício pleno quando as ações de saúde acontecem no CAPS e nos demais SRTs, ou seja, em locais onde há profissionais com conhecimentos sobre as necessidades desses sujeitos, o que lhes garante o acesso ao eixo rede social de Saraceno e ao tópico estima de Honneth. Já o contato com outros serviços de saúde, tais como a Estratégia Saúde da Família e a Unidade de Pronto Atendimento**,** acontece somente quando esses sujeitos buscam os referidos serviços, o que lhes proporciona apenas o alcance do direito presente na Teoria de Honneth.

Considerados direitos de primeira dimensão, a igualdade e a liberdade ocorrem apenas no interior do SRT devido, respectivamente, ao preconceito e à dificuldade do Estado em garanti-los. Essa realidade faz com que o direito à igualdade proporcione o eixo rede social, que se restringe aos espaços onde residem e são assistidos, tais como SRTs e CAPS, e o tópico estima social de Honneth, representado pela satisfação que eles relataram estar vivenciando após a vinda para o SRT. É também importante ressaltar que o direito à liberdade gera o alcance apenas do direito proposto por Honneth, o que foi expresso pelos participantes pela possibilidade de participarem das reuniões com a equipe de supervisão e terem a oportunidade de transitar pelos locais de lazer por eles escolhidos. Essa expressão revelou, mais uma vez, desconhecimento acerca de seus direitos como cidadãos, mas nos fez identificar que o SRT representa um espaço de proteção e tutela do Estado.

Por fim, ao analisarmos a vivência dos direitos humanos com ênfase nos direitos à moradia, à liberdade, à saúde, à educação, ao trabalho, ao lazer e à igualdade, à luz dos eixos de Saraceno e da Teoria de Axel Honneth, identificamos que a reabilitação psicossocial leva ao aprendizado moral, constituído pelo amor próprio, pela autoestima e pelo autorrespeito, podendo, portanto, possibilitar o alcance da cidadania plena.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta investigação demonstraram que o serviço residencial terapêutico 1 atua de maneira a favorecer o exercício dos direitos humanos de seus moradores. Especificamente, o exercício dos direitos à saúde, ao lazer e à moradia acontece de maneira integral.

Em contrapartida, o exercício dos direitos à igualdade e à liberdade ocorre apenas no interior da residência terapêutica, uma vez que o preconceito interfere diretamente e está presente de maneira acentuada na sociedade. Observamos, também, que o direito à educação e ao trabalho é exercido de maneira fragmentada, também devido ao preconceito social. Para o exercício desses direitos, verificamos que o longo tempo de internação psiquiátrica vivenciado pelos participantes deste estudo justificou a necessidade desse processo ser monitorado pelas cuidadoras e pela equipe de supervisão.

Para subsidiar esse monitoramento, foram estruturadas, em parceria com os moradores, regras para lhes proteger e motivá-los a exercer a cidadania. Essa estruturação busca capacitá-los para a vida civil de maneira a proporcionar condições para que possam atuar como sujeitos de sua própria vida, titulares de direitos e deveres. Para contribuir nesse processo, o espaço físico onde funciona a residência terapêutica é acolhedor e possui todos os recursos necessários para a composição de um lar, conforme dispõe a legislação.

Quanto à dinâmica desse serviço, percebemos que o cotidiano dos moradores é permeado pela amizade que os fez conquistar a igualdade no interior do SRT e os ajuda a superar problemas vivenciados no meio comunitário. Dentre os problemas existentes no meio social, o preconceito se destaca e compõe a principal dificuldade para o exercício pleno da cidadania desses sujeitos, o que sinaliza para o fato de ser esse um grande desafio a ser superado pelo movimento de reforma psiquiátrica.

A cultura do SRT embasa- se no respeito humano que fundamenta a composição do ambiente familiar existente nessa residência e ainda no caráter humanitário introjetado em sua terapêutica desinstitucionalizante e promotora do exercício da cidadania.

A análise das histórias de vida dos participantes dessa investigação, evidencia que durante o período em que permaneceram nas internações psiquiátricas não havia prestação de cuidados em prol da recuperação da saúde desses sujeitos e sim a sua segregação para manutenção da ordem social e familiar.

Reiteramos também que o intuito era manter a ordem nos hospitais por meio de regras rígidas que os impossibilitavam de exercer quaisquer direitos.

Após a vinda desses sujeitos para o SRT, observamos que esse dispositivo representa um espaço de proteção para os seus moradores que estão sob a responsabilidade do Estado, o qual assegura o exercício de direitos de segunda dimensão, dentre os quais se destacam os direitos à moradia, ao lazer e à educação. Já os direitos ao trabalho e à saúde não são exercidos de maneira plena devido ao preconceito.

De modo particular, o trabalho formal não é uma atividade desenvolvida por nenhum dos participantes deste estudo, apesar da Lei 8.213/91 estar em vigor e estabelecer uma cota referente ao número total de vagas disponíveis em algumas empresas para os deficientes mentais, o que inclui os portadores de transtornos mentais.

Assim, ainda que o Estado assegure esse direito a essa parcela da população, o preconceito social impede que tenham oportunidades de trabalho formal. Ressaltamos também que embora o direito à saúde seja ofertado de maneira igualitária no Centro de Atenção Psicossocial e nas atividades junto aos demais serviços residenciais terapêuticos, a atenção da Estratégia Saúde da Família e das Unidades de Pronto Atendimento não acontece de maneira efetiva em virtude da concepção dos profissionais de que esses sujeitos já estão sendo assistidos na residência terapêutica.

A igualdade e a liberdade compõem direitos de primeira dimensão, os quais são considerados direitos negativos e não garantidos pela ação estatal às pessoas de forma geral. Contudo, considerando a vulnerabilidade dos portadores de transtornos mentais, espera-se que o Estado atue também na garantia desses direitos, como o faz com relação àqueles de segunda dimensão, ou direitos sociais. Há, contudo, grande dificuldade para que o Estado atue na garantia desses direitos a essas pessoas, especialmente diante do preconceito existente de forma generalizada na sociedade.

Assim, consideramos essencial fomentar investimentos que possam ser utilizados no trabalho com a sociedade de forma que o portador de transtorno mental possa ser concebido como um sujeito que, mesmo sendo diferente, tem seus direitos e deveres. Para tanto, faz-se necessária uma mudança cultural.

Esse processo pode ocorrer concomitantemente à participação dos

portadores de transtorno mentais e dos seus familiares em discussões acerca dos seus reais deveres e direitos, o que lhes permitirá (re) compor a sua identidade como cidadãos, possibilitando-os buscar e exercer os seus direitos.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

ALFONSIN, J. T. **O acesso à terra como conteúdo de direitos humanos fundamentais à alimentação e moradia**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2003.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (Org.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2009.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental:** a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ARENDT, H. **As origens do totalitarismo:** anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo. Tradução de Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

AROUCA, C. **Uberaba:** história, tradição, desenvolvimento e cultura. São Paulo: DBA, 2008.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviço de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, p. 1-8, 2010. Suplemento 2.

BECKER, L. A. **Posse e moradia à luz da constituição**. Porto Alegre: Manas, 2009.

BELL, A. United we stand. **Mental Health Today**, Brighton, p. 12-13, 2008.

BEZERRA JUNIOR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Org.).

Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 171-191.

BOBBIO, N. **Igualdade e liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

BOTO, C. A educação escolar como direito humano de três gerações: identidades e universalismos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 92, p. 777-798, 2005.

BOURDIEU, P. L' iIlusion biographique. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, Paris, n. 62/63, p. 69-72, 1986.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Seção 1, p. 1.

_____. **Código civil**. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 nov. 1999. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 25 set. 2008.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. In: _____. Ministério da

Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2002. Brasília, DF, 2002a. p. 11-12.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares – PNASH**: versão hospitais psiquiátricos. Brasília, DF, 2002b.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Brasília, DF, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. atual. Brasília, 2004a.

_____. Lei nº 10.845, de 5 de março de 2004. Institui o Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 mar. 2004b. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006. Brasília, DF, 2007a.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. 2. ed. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental - 2004 a 2010**. Brasília, DF, 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental.

_____. Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados 10**, Brasília, DF, ano VII, n. 10, 2012a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012.

_____. Presidência da república. Secretaria de Direitos Humanos. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. 4. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2012b.

BRINGAS, A. M.; MERINO, E. S. V. Ciudadanía, derechos sociales y educativos: reflexiones para una pedagogía de los derechos humanos. **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**, La Rioja, v. 18, n. 18, p. 2-14, 2010.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface – Saúde Comunicação Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CARVALHO NETTO, M. Racionalização do ordenamento jurídico e democracia. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 88, p. 81-108, 2003.

CINTRA JUNIOR, D. A. D. Direito e saúde mental. **Revista de Direitos Difusos**, São Paulo, v. 19, p. 2545-2552, 2003.

CUNHA, L. S. H. **Trabalhadores de um serviço residencial terapêutico de Porto Alegre e a reforma psiquiátrica**. 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CURY, C. R. J. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, p. 245-262, 2002.

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DALLARI, D. A. **Direitos humanos e cidadania.** 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

DAMÁSIO, V.; MELO, V.; ESTEVES, K. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 2, n. 4, p. 425-433, 2008. doi:10.5205/01012007.

DEBERT, G. G. Problemas relativos à utilização da história oral de vida e história oral. In: AMADO, J.; FERREIRA, M. M. **Usos e abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. p. 93-102.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III), da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 22 maio 2010.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DINIZ, M. H. **Dicionário jurídico**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005. v. 2.

DRAKE, R. E. et al. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. **Community Mental Health Journal**, Lexington, v. 39, n. 5, p. 427-440, 2003.

EDGLEY, A.; STICKLEY, T.; MASTERSON, S. Whose right? **Journal of Mental Health**, New York, v. 15, n. 1, p. 35-42, 2006.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 194-207, 2007.

FERREIRA, A. A. L.; PADILHA, K. L.; STAROSKY, M. A questão da cidadania e da liberdade nos processos da reforma psiquiátrica: novas possíveis práticas de governamentalidade. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 116-143, 2010.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A. P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos serviços residenciais terapêuticos. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREGONEZI, E. H. **Adquirindo uma nova cidadania:** estudo do preparo do doente mental para viver na comunidade. 2010. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FULGENCIO, P. C. **Glossário Vade Mecum:** administração pública, ciências contáveis, direito, economia e meio ambiente. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

GABLE, L. et al. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 18, n. 4/5, p. 366-373, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1961.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos**: inovação ou reprodução do modelo assistencial. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

GRBICH, C. **Qualitative data analysis**: an introduction. London: Sage Publications, 2007.

GULINELLI, A.; RATTO, L. R. C.; MENEZES, P. R. The social adjustment of people with severe mental illness in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 309-314, 2005.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Ethnography**: principles in practice. 2nd ed. London: Routledge, 2005.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. São Paulo: EDIFAPES, 2001.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

HUMEREZ, D. História de vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 32-37, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: Uberaba. [S.l.], 2012.

JENKINS, R. et al. Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. **Mental Health in Family Medicine**, London, v. 8, n. 2, p. 87-96, 2011.

LAIRD, S. Trust puts human rights at heart of care. **Learning Disability Practice**, London, v. 13, n. 2, p. 6-7, 2010.

LANG, A. B. S. G. Trabalhando com história oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 2, n. 11, p. 123-134, 2000.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010.

LAPLANTINE, F. **Aprendendo antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 143-158, 2003.

LOUREIRO, L. M. J.; DIAS, C. A. A.; ARAGÃO, R. O. Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais contributos para o estudo das representações sociais da loucura. **Referência Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 2, n. 8, p. 33-44, 2008.

MACATTRAM, M. Showing restraint? **Mental Health Today**, Brighton, p. 10-11, 2013.

MÂNGIA, E. F.; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2002.

MARCELLINO, N. C. **Estudos do lazer**. Campinas: Autores Associados, 1996.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 178-180, 2006.

MARTINS, G. C. S. et al. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 86-94, 2012. doi:10.1590/S0104-07072012000100010.

MASINI, E. F. S. Aprendizagem totalizante: propicia o aprender de crianças com deficiência visual, de crianças surdas e de crianças sem deficiências sensoriais? **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 9, n. 2, p. 237-248, 2003.

MASLOW, A. **Motivation and personality**. New York: Harper & Row, 1970.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. **Beggining qualitative research:** a philosofic and practical guide. London: Falmer Press, 1994.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 20. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOLL, M. F. **A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial.** 2008. 86 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MUSSE, L. B. **Novos sujeitos de direito:** as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS/WHO, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Panamericana da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

_____. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Genebra, 2005.

ORR, F. Protecting patient rights: nursing jurisprudence in action. **Alberta Association of Registered Nurses**, Edmonton, v. 68, n. 4, p. 14-15, 2013.

PAIVA, S. M. A.; STEFANELLI, M. C.; ARANTES, E. C. Grupo familiar na convivência com o doente mental: programa de educação em saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento,** Curitiba, v. 2, n. 1, p. 21-29, 2000.

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 658-664, 2007.

PINHO, R. C. R. **Da organização do estado, dos poderes e histórico das constituições**. São Paulo: Saraiva, 2000.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e justiça internacional.** São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo: Saraiva, 2007.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PITTA, A. M. F.; DALLARI, S. G. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 19-23, 1992.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. **Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal**: relatório. Lisboa, 2007.

RANDEMARK, N. F. R.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-550, 2004.

RIVA, R. M. S. **Direito à educação:** condição para a realização da plena cidadania. 2008. 203 f. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Fundação Instituto de Ensino para Osasco, Osasco, 2008.

ROCHA, J. C. S. **Direito da saúde**. São Paulo: LTr, 1999.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental.** 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In:

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-169.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via:** a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 23-27, 1998.

SAHLINS, M. D. O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em vias de extinção (Parte I). **Mana Estudos de Antropologia Social**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 41-73, 1997a.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno a sociedade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 787-793, 2009.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. É o corpo e é a alma: o espaço de moradia como disparador da (re) construção do parentesco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais...** Brasília, DF: ABEn, 2009. p. 720-722.

SANTOS, B. S. **A construção multicultural da igualdade e da diferença**. São Paulo: Centro de Estudos Sociais, 1999.

SANTOS, F. C. **Procurando o lazer na constituinte:** sua inclusão como direito social na Constituição de 1988. 2011. 178 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SANTOS, M. A. C. Transtornos mentais e dignidade da pessoa humana. MEDEIROS, C. C. S. de (Org.). **Saúde mental e o direito***.* São Paulo: Método, 2004. p. 51-56.

SANTOS, S. A. **Projeto terapêutico individual em um centro de atenção psicossocial:** o conhecimento do usuário e contribuições na assistência. 2006. 99 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

SHEATHER, J. Health professional and human rights campaigners: different cultures, shared goals. **Journal of Postgraduate Medicine**, Mumbai, v. 85, p. 148-151, 2009.

SIGAFOO, S. J.; KERR, R. M. Provision of leisure activities for the reduction of challenging behavior. **Behavioral Interventions**, Malden, v. 9, n. 1, p. 43-53, 1994.

SILVA, A. L. A. et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, 2000.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 587-594, 2011.

SILVA, J. L. P. **O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental:** uma análise da lei 10.216/01 à luz do princípio da Integridade do Direito. 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

SOARES, A. N.; SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A. M. S. Serviço de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 47-56, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/394>. Acesso em: 5 maio 2013.

TANSELLA, M. et al. Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. **Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum**, Copenhagen, v. 429, p. S90-S94, 2006.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: CENTER FOR IBERIAN AND LATIN AMERICAN STUDIES (CILAS). **Research conference on rethinking "the public" in public health**: neoliberalism, structural violence, and epidemics of inequality in Latin America. San Diego, 2004.

TEST, M. A.; STEIN, L. I. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaierd patients. **Community Mental Health Journal**, Lexington, v. 12, n. 1, p. 72-82, 1976.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal, 1979.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

TURIANO, L.; SMITH, L. The catalytic synergy of health and the human rights: the people's health movement and the right to health and health care campaign. **Health and Human Rights in Practice**, Boston, v. 10, n. 1, p. 137-147, 2008.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão ano base 2011**. Uberaba, 2011.

VELÔSO, T. M. G. et al. Residências terapêuticas e reforma psiquiátrica em produções discursivas da população. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.). **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 141-161.

VENTURA, C. A. A. Aspectos da interface entre o direito e a saúde mental. In: SOARES, M. H.; BUENO, S. M. V. (Org.). **Saúde mental**: novas perspectivas. São Caetano do Sul: Yendis, 2011a, p. 175-195. v. 1.

_____. **Saúde mental e direitos humanos:** o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. 2011. 199 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011b.

WACHENFELD, M. The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. **Nordic Journal of International Law**, Leiden, p. 109-292, 1992.

WAGNER, R. A. V. **Papel das elites no desenvolvimento político e econômico no município de Uberaba (MG) - 1910 a 1960.** 2006. 51 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Improving health systems and services for mental health**. Geneva, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de observação participante

Observação do cotidiano: ( ) Casa 1 ( ) Casa 2 ( ) Casa 3

Nº da visita:

Data:

Período/horário:

Duração:

Relatos:

Percepções e comentários do observador/pesquisador:

_____

Assinatura do observador/pesquisador

Marciana Fernandes Moll

Matrícula: 5309073

APÊNDICE B

Instrumento para entrevista

Nome: Sexo: Idade:

Estado civil: Escolaridade:

Tempo de moradia no SRT:

Idade da primeira internação psiquiátrica:

Tempo que permaneceu internado ao longo da vida:

1- Você poderia me contar da sua vida no hospital psiquiátrico?

2- Você poderia me contar sobre a sua vida após vir morar no SRT?

3-A sua vinda para o SRT modificou o exercício dos seus direitos? Como?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Uberaba, _____ de 2011.

Estimado(a) Senhor(a),

Convidamos você a participar do projeto de pesquisa intitulado “Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: descrevendo os direitos humanos neste percurso”. Este projeto é de responsabilidade dos pesquisadores Marciana Fernandes Moll sob orientação da Professora Carla A. Arena Ventura, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A pesquisa apresenta como objetivo descrever em profundidade a vivência dos direitos humanos dos moradores dos serviços residenciais terapêuticos da cidade de Uberaba, em sua trajetória de vida. Se quiser nos ajudar neste estudo, nós vamos acompanhar o dia a dia da sua casa duas vezes por semana durante três meses e depois desse período faremos, também, algumas perguntas que consistirão em uma entrevista. Essa entrevista acontecerá em três dias separados e irá demorar aproximadamente uma hora em cada dia. Será realizada na sua moradia (Casa Lar) e não gera nenhum risco para você. As questões são sobre sua vida desde a sua primeira internação psiquiátrica até os dias atuais. Após a análise, os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados a todos os participantes do estudo. Como precisamos de dados precisos sobre todas as perguntas, as entrevistas serão gravadas em fitas cassete. Sua participação é completamente voluntária e você pode parar a qualquer momento e por qualquer razão. Você também pode se recusar a responder qualquer uma das perguntas.

Informamos também que sua identidade permanecerá em segredo de acordo com a lei. Suas respostas às questões serão gravadas. A fita cassete será identificada pelo pesquisador apenas com um código. Suas respostas serão ouvidas e, posteriormente, escritas para facilitar a análise. Após este processo,as fitas serão destruídas. Todas as informações coletadas serão guardadas em lugar seguro durante todo o curso do estudo. Somente os pesquisadores do grupo terão acesso a eles. Nos trabalhos e encontros científicos somente serão mencionados os códigos. Nomes ou iniciais não serão identificados.

Você não terá gastos ao participar deste estudo e as entrevistas não serão remuneradas. Mas destacamos que a sua participação é importante, pois estudos que discutem a realidade dos serviços residenciais terapêuticos podem beneficiar na melhoria das práticas assistências dos moradores desses locais e, também, na prática dos direitos humanos das pessoas que nele residem. Se você tiver alguma dúvida relacionada ao estudo, pode entrar em contato com Marciana Fernandes Moll, Rua Cândida Mendonça Bilharinho, 430, Bairro Mercês. Telefone: 99099136 ou por e-mail: mrcna13@yahoo.com.br.

CONSENTIMENTO

A pesquisa me foi explicada. Qualquer problema que tive ao ler ou compreender foi esclarecido. Eu tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa e concordo em participar. (Você receberá uma cópia deste consentimento informado)

_____ _____

Data Assinatura do responsável

_____ _____

Data Assinatura do Participante

_____ _____

Data Assinatura do Pesquisador

ANEXO A

Declaração Universal dos Direitos Humanos

*tradução oficial, UNITED *NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS*

Preâmbulo

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

Considerando que o desconhecimento e o desprezo dos direitos do Homem conduziram a atos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta inspiração do Homem;

Considerando que é essencial a proteção dos direitos do Homem através de um regime de direito, para que o Homem não seja compelido, em supremo recurso, à revolta contra a tirania e a opressão;

Considerando que é essencial encorajar o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;

Considerando que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declaram resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla;

Considerando que os Estados membros se comprometeram a promover, em cooperação com a Organização das Nações Unidas, o respeito universal e efetivo dos direitos do Homem e das liberdades fundamentais;

Considerando que uma concepção comum destes direitos e liberdades é da mais alta importância para dar plena satisfação a tal compromisso:

A Assembléia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como ideal comum a atingir por todos os povos e todas as nações, a fim de que todos os indivíduos e todos os órgãos da sociedade, tendo-a constantemente no espírito, se esforcem, pelo ensino e pela educação, por desenvolver o respeito desses direitos e liberdades e por promover, por medidas progressivas de ordem nacional e internacional, o seu reconhecimento e a sua aplicação universais e efetivos tanto entre as populações dos próprios Estados membros como entre as dos territórios colocados sob a sua jurisdição.

Artigo 1°

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Artigo 2°

Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autônomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.

Artigo 3°

Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 4°

Ninguém será mantido em escravatura ou em servidão; a escravatura e o trato dos escravos, sob todas as formas, são proibidos.

Artigo 5°

Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Artigo 6°

Todos os indivíduos têm direito ao reconhecimento, em todos os lugares, da sua personalidade jurídica.

Artigo 7°

Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual proteção da lei. Todos têm direito a proteção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo 8°

Toda a pessoa direito a recurso efetivo para as jurisdições nacionais competentes contra os atos que violem os direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição ou pela lei.

Artigo 9°

Ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Artigo 10°

Toda a pessoa tem direito, em plena igualdade, a que a sua causa seja eqüitativa e publicamente julgada por um tribunal independente e imparcial que decida dos seus direitos e obrigações ou das razões de qualquer acusação em matéria penal que contra ela seja deduzida.

Artigo 11°

1. Toda a pessoa acusada de um ato delituoso presume-se inocente até que a sua culpabilidade fique legalmente provada no decurso de um processo público em que todas as garantias necessárias de defesa lhe sejam asseguradas.
2. Ninguém será condenado por ações ou omissões que, no momento da sua prática, não constituíam ato delituoso à face do direito interno ou internacional. Do mesmo modo, não será infligida pena mais grave do que a que era aplicável no momento em que o acto delituoso foi cometido.

Artigo 12°

Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a proteção da lei.

Artigo 13°

1. Toda a pessoa tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência no interior de um Estado.
2. Toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país.

Artigo 14°

1. Toda a pessoa sujeita a perseguição tem o direito de procurar e de beneficiar de asilo em outros países.
2. Este direito não pode, porém, ser invocado no caso de processo realmente existente por crime de direito comum ou por atividades contrárias aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

Artigo 15°

1. Todo o indivíduo tem direito a ter uma nacionalidade.
2. Ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua nacionalidade nem do direito de mudar de nacionalidade.

Artigo 16°

1. A partir da idade núbil, o homem e a mulher têm o direito de casar e de constituir família, sem restrição alguma de raça, nacionalidade ou religião. Durante o casamento e na altura da sua dissolução, ambos têm direitos iguais.
2. O casamento não pode ser celebrado sem o livre e pleno consentimento dos futuros esposos.
3. A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção desta e do Estado.

Artigo 17°

1. Toda a pessoa, individual ou coletiva, tem direito à propriedade.
2. Ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua propriedade.

Artigo 18°

Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos.

Artigo 19°

Todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e idéias por qualquer meio de expressão.

Artigo 20°

1. Toda a pessoa tem direito à liberdade de reunião e de associação pacíficas.
2. Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação.

Artigo 21°

1. Toda a pessoa tem o direito de tomar parte na direção dos negócios, públicos do seu país, quer diretamente, quer por intermédio de representantes livremente escolhidos.
2. Toda a pessoa tem direito de acesso, em condições de igualdade, às funções públicas do seu país.
3. A vontade do povo é o fundamento da autoridade dos poderes públicos: e deve exprimir-se através de eleições honestas a realizar periodicamente por sufrágio universal e igual, com voto secreto ou segundo processo equivalente que salvaguarde a liberdade de voto.

Artigo 22°

Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao

esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

Artigo 23°

1. Toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego.
2. Todos têm direito, sem discriminação alguma, a salário igual por trabalho igual.
3. Quem trabalha tem direito a uma remuneração eqüitativa e satisfatória, que lhe permita e à sua família uma existência conforme com a dignidade humana, e completada, se possível, por todos os outros meios de proteção social.
4. Toda a pessoa tem o direito de fundar com outras pessoas sindicatos e de se filiar em sindicatos para defesa dos seus interesses.

Artigo 24°

Toda a pessoa tem direito ao repouso e aos lazeres, especialmente, a uma limitação razoável da duração do trabalho e as férias periódicas pagas.

Artigo 25°

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.
2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

Artigo 26°

1. Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório. O ensino técnico e profissional dever ser generalizado; o acesso aos estudos superiores deve estar aberto a todos em plena igualdade, em função do seu mérito.
2. A educação deve visar à plena expansão da personalidade humana e ao reforço dos direitos do Homem e das liberdades fundamentais e deve favorecer a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e todos os grupos raciais ou religiosos, bem como o desenvolvimento das atividades das Nações Unidas para a manutenção da paz.
3. Aos pais pertence a prioridade do direito de escolher o gênero de educação a dar aos filhos.

Artigo 27°

1. Toda a pessoa tem o direito de tomar parte livremente na vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam.
2. Todos têm direito à proteção dos interesses morais e materiais ligados a qualquer produção científica, literária ou artística da sua autoria.

Artigo 28°

Toda a pessoa tem direito a que reine, no plano social e no plano internacional, uma ordem capaz de tornar plenamente efetivos os direitos e as liberdades enunciadas na presente Declaração.

Artigo 29°

1. O indivíduo tem deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade.

No exercício deste direito e no gozo destas liberdades ninguém está sujeito senão às limitações estabelecidas pela lei com vista exclusivamente a promover o reconhecimento e o respeito dos direitos e

2. liberdades dos outros e a fim de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática.
3. Em caso algum estes direitos e liberdades poderão ser exercidos contrariamente e aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

Artigo 30°

Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada de maneira a envolver para qualquer Estado, agrupamento ou indivíduo o direito de se entregar a alguma atividade ou de praticar algum ato destinado a destruir os direitos e liberdades aqui enunciados.

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP –119/2011

Ribeirão Preto, 03 de maio de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 03 de maio de 2011.

Protocolo: nº 1258/2011

Projeto: Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: descrevendo os direitos humanos neste percurso.

Pesquisador: Carla Aparecida Arena Ventura
Marciana Fernandes Moll

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Carla Aparecida Arena Ventura
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP