



História, Ciências, Saúde-Manguinhos

ISSN: 0104-5970

ISSN: 1678-4758

Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Nascimento, Larissa Alves do; Leão, Adriana
Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas
com transtorno mental e os enfrentamentos necessários
História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 26, núm. 1, 2019, Janeiro-Março, pp. 103-121
Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386159172007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários

Social stigma and internalized stigma: the voice of persons with mental disorders and the confrontations required

Larissa Alves do Nascimento

Graduanda, Terapia Ocupacional/
Universidade Federal do Espírito Santo.
orcid.org/0000-0002-5006-5983
nascimentolarissa1994@gmail.com

Adriana Leão

Professora, Universidade Federal do Espírito Santo.
orcid.org/0000-0003-4545-6258
drileao@gmail.com

Recebido em 27 jun. 2017.

Aprovado em 10 abr. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, jan.-mar. 2019, p.103-121.

Resumo

O estigma internalizado ocorre quando o indivíduo tem consciência do estigma a ele atribuído, concordando e aplicando a si próprio os estereótipos negativos sobre sua doença. A internalização do estigma agrava os sintomas do transtorno mental, levando a isolamento, sentimentos de baixa autoestima, culpa e autorreprovação. Buscou-se produzir mais conhecimentos acerca dessa temática, a partir da visão das pessoas com transtorno mental que participam de ações visando construir coletivamente soluções no cuidado em saúde mental. Com o objetivo de analisar o processo de estigma e estigma internalizado, realizou-se pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas. Os resultados revelaram que o estigma internalizado tem efeitos negativos no indivíduo, e que a família tem forte influência nesse processo.

Palavras-chave: atenção psicossocial; saúde mental; estigma internalizado; reabilitação psicossocial.

Abstract

Internalized stigma occurs when individuals become aware of the stigma assigned to them, agree, and apply these negative stereotypes about their illness to themselves. The internalization of stigma aggravates the symptoms of mental disorders, leading to isolation, feelings of low self-esteem, guilt, and self-condemnation. Our goal was to produce more knowledge on this topic from the point of view of people with mental disorders who participate in activities aimed at collectively building mental health care solutions. With the objective of analyzing the process of stigma and internalized stigma, we carried out qualitative research using semi-structured interviews. The results showed that internalized stigma has negative effects on individuals, and that the family has a strong influence on this process.

Keywords: psychosocial care; mental health; internalized stigma; psychosocial rehabilitation.

O processo de reforma psiquiátrica no país apresenta importantes avanços na proposição e consolidação de outra forma de cuidado, que configura um modelo de atenção à saúde mental de base territorial e comunitária, não mais centralizando a assistência no hospital psiquiátrico. Para tanto, contamos com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps),¹ composta por diferentes serviços e programas.

As pessoas com transtorno mental severo e recorrente, ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, historicamente carregam consigo estigmas que acarretam diversos tipos de dificuldades na adesão ao tratamento especializado e mesmo na participação social nos diversos âmbitos da vida.

Goffman (1988) define o estigma como um sinal profundamente depreciativo utilizado para afastar de um grupo dominante, algum indivíduo ou um conjunto de pessoas com determinadas características que os diferenciem da norma, resultando em indivíduos rejeitados, objetos de discriminação e excluídos da participação em diversas áreas da sociedade.

A representação da loucura presente na sociedade ainda coloca o usuário do serviço de saúde mental, sobretudo aqueles que vivenciaram um processo de institucionalização, num lugar de alienação e de despersonalização, em que não há crédito social e respeito, reduzindo-os a um estigma e impedindo sua comunicação com a sociedade, resultando num processo de exclusão e segregação, como consequência da estigmatização (Brunello, 1998).

Ainda que não tenha vivenciado um processo de institucionalização, a pessoa com algum tipo de transtorno mental está sujeita a ser estigmatizada, devido aos valores manicomiais e excludentes que se fazem presentes na sociedade, o que dificulta seu processo de recuperação devido à internalização do estigma.

Soares et al. (2011) afirmam, com base em Corrigan e Watson (citados em Soares et al., 2011), que o estigma internalizado ocorre quando o indivíduo tem consciência do estigma a ele atribuído, concordando e aplicando a si próprio os estereótipos negativos sobre sua doença, o que leva a várias consequências como a diminuição da autoestima e da autoeficácia, além de sentimentos de culpa, angústia, raiva e autorreprovação. Desse modo, o estigma internalizado agrava os sintomas do transtorno mental, levando ao isolamento na tentativa de evitar a rejeição e ao não investimento em capacidades compensatórias ao transtorno, o que produz ainda mais solidão.

A revisão bibliográfica realizada no início desta pesquisa mostrou carência de estudos sobre essa temática no Brasil. Observou-se que textos sobre estigma social são mais numerosos que sobre estigma internalizado, e a maior quantidade de publicações sobre o assunto é dos EUA.

Essa insuficiência de pesquisas sobre o tema no Brasil pode se dever a um desinteresse sobre o assunto ou pode também estar relacionada ao fato de não haver instrumentos de mensuração traduzidos para ser aplicados no país, contando no momento apenas com uma escala, adaptada para pessoas dependentes de substâncias (Soares et al., 2015). Os poucos estudos existentes trazem as percepções de pessoas com transtorno mental sobre o estigma e o preconceito que sofrem em diferentes contextos. Não é possível, porém, com esses estudos, identificar se essas pessoas internalizaram esse estigma e concordam com os preconceitos associados à sua condição (Oliveira, Andrade, Goya, 2012; Nunes, Torrenté,

2009; Salles, Barros, 2013; Salles, Barros, 2009; Monteiro et al., 2012). Foi encontrado apenas um estudo em que as autoras comparam as percepções apresentadas pelos indivíduos com o estigma internalizado (Moreira, Mello, 2008).

A produção de práticas capazes de reduzir preconceitos e o estigma em torno da loucura ainda são desafios no contexto da atenção psicossocial. Nesse sentido, mudanças no imaginário social sobre a loucura podem ocorrer por meio da construção cotidiana de novas relações sociais no território. O território é uma unidade relacional composta por aspectos naturais, geográficos, e também pela sociedade em movimento, numa dinamicidade que envolve os aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social, e produz transformações no lugar e nos modos de viver (Santos, 2007). O uso dos espaços comunitários e territoriais deve ser privilegiado nas ações produzidas a partir dos serviços substitutivos de saúde mental, com a finalidade de promover processos de inclusão social para as pessoas que apresentam transtorno mental.

Além disso, o território existencial que, no entendimento de Deleuze e Guattari (citados em Furtado et al., 2016), é constituído a partir da história e subjetividade de cada indivíduo, abrangendo dessa forma clínica, espaço físico e subjetividade, reforça consequentemente produtos do aprendizado da convivência com a diferença e, por isso, apresenta-se como oportunidade para a diminuição dos preconceitos e estigmas, o que beneficia o processo de recuperação das pessoas.

O fenômeno do *recovery*, que pode ser compreendido em nosso contexto como um processo de recuperação, embora seja um processo que cada pessoa irá vivenciar de uma forma, é um fator importante para superar os efeitos do estigma e outros efeitos negativos o fato de ter algum transtorno mental. *Recovery* é descrito por Anthony (citado em Anastácio, Furtado, 2012, p.75-76) como um “processo pessoal e único de mudança de valores, sentimentos, objetivos, habilidades e papéis. ... *recovery* é uma habilidade de dar um novo significado para vida apesar das limitações do adoecimento psíquico, envolvendo a superação do estigma para conseguir exercer a cidadania”.

Diante do exposto, as questões que se apresentam na perspectiva de produção de cuidado na atenção psicossocial são: O que atrapalha no convívio e na criação de vínculos de pessoas acometidas por transtorno mental? Como o indivíduo com transtorno mental se sente com o estigma que carrega e como lida com isso no cotidiano? As novas práticas no campo da atenção psicossocial têm conseguido produzir efeitos na vida das pessoas com transtornos mentais em relação à diminuição do estigma internalizado?

O estigma internalizado apresenta-se como um obstáculo no processo de *recovery* das pessoas e, dadas sua importância e a escassez de literatura sobre o tema na produção científica brasileira no campo da saúde mental, busca-se produzir mais conhecimentos acerca dessa temática, a partir da visão das pessoas que têm a vivência do transtorno mental e participam de eventos no território, que extrapolam os muros dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, trata-se de um subprojeto realizado na modalidade de Iniciação Científica do Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Federal do Espírito Santo (PIIC-Ufes), vinculado ao projeto da professora orientadora “Políticas e práticas em saúde mental: a construção de itinerários de reabilitação psicossocial, *recovery*, protagonismo e enfrentamento de estigmas”.

O objetivo do estudo é analisar e discutir os processos de estigmatização e de estigma internalizado vivenciado pelas pessoas com algum tipo de transtorno mental, além de compreender e discutir os aspectos que contribuem para a diminuição do estigma internalizado para esse público no contexto da atenção psicossocial.

Escolha metodológica

A pesquisa proposta foi exploratória de natureza qualitativa. Sendo o mundo permeado por significados e símbolos e a intersubjetividade um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais, a pesquisa qualitativa pode ser entendida como a tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições das situações apresentadas pelas pessoas (Minayo, 1998). Essa abordagem apresentou-se adequada para atingir os objetivos estabelecidos nesse estudo.

O referencial teórico norteador desse projeto foram as produções em torno do paradigma psicossocial e o conceito da reabilitação psicossocial proposto por Saraceno (1999, 2011), que pode ser compreendido como um conjunto de ações que tem como finalidade aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental, objetivando a reinserção social (Lussi, Ornellas, Pereira Junior, 2006). Utilizamos também trabalhos dos autores que abordam o estigma e o estigma internalizado como Goffman (1988), Corrigan e Gelb (2006), Corrigan (2012) e Thornicroft (2006), os quais auxiliaram a análise e discussão dos dados.

Os procedimentos técnicos realizados para a coleta dos dados foram a pesquisa bibliográfica e o estudo de campo. Para a pesquisa de campo, como forma de coleta de dados, utilizamos uma entrevista semiestruturada. A entrevista, segundo Minayo (1998), é um instrumento privilegiado de coleta de informações, dada a possibilidade de revelar, por meio da fala, as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas e as simbologias.

Os participantes do projeto foram pessoas que apresentam transtorno mental e participam de eventos que são realizados nos espaços públicos, comunitários. Inicialmente, as pessoas foram convidadas para participar da pesquisa no contexto do projeto de extensão “Ações na atenção psicossocial: a oficina de jornal como instrumento de enfrentamento do estigma”. A partir das primeiras entrevistas, utilizamos a “bola de neve” proposta por Turato (2008), em que um informante-chave, com quem se inaugura a participação na pesquisa, auxilia o pesquisador a iniciar os contatos e a localizar outras pessoas com o perfil necessário para a pesquisa e assim sucessivamente até a saturação dos dados, quando não surgem novos nomes ou as informações não trazem mais novidades.

A pesquisa principal teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e foi aprovado por meio do parecer n.1.101.772, em 10 de junho de 2015. Os entrevistados, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de ser informados sobre a pesquisa, aceitaram livremente participar do estudo e assinaram o termo das questões.

No total foram realizadas cinco entrevistas, sendo três entrevistados do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades entre 23 e 57 anos.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de discurso do sujeito coletivo (DSC), desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre (2003), em que, após a leitura, foram selecionados, de cada resposta, trechos significativos e foi feito o agrupamento de expressões-chave dos participantes que compartilharam a mesma ideia, formando-se posteriormente uma síntese para a elaboração do DSC.

Como limitações e dificuldades encontradas no decorrer do projeto, destacamos a carência de estudos sobre a temática que abordem e evidenciem o impacto do estigma internalizado na vida das pessoas, sobretudo, a partir da sua voz.

Resultados e discussão

Após a análise dos discursos observamos a emergência de três categorias temáticas: vivência e compreensão do transtorno mental; estigmas; e estratégias para o enfrentamento dos estigmas.

Vivência e compreensão do transtorno mental

Atualmente, usam-se as expressões “transtornos” ou “doença mental” para se referir aos problemas psicopatológicos, classificados no *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V* (DSM-V), quando ocorre a presença de sintomas e manifestações desviantes do comportamento dito normal (Assis, 2010).

Nos discursos dos participantes pode-se perceber que viver com transtorno mental não é uma experiência positiva. Eles compreendem o transtorno da mesma forma que a sociedade o faz, o que evidencia a necessidade de trabalho para superar e, a partir daí, combater o estigma, tanto na visão individual quanto na coletiva. Para isso, são necessárias ações pontuais dos serviços substitutivos como também por parte de familiares. Como explicado por Saraceno (2011, p.94), “há obstáculos que requerem mudanças na visão pessoal e coletiva que todos temos da diversidade, da enfermidade mental, de suas consequências e das respostas possíveis”. Assim, na visão dos participantes, ter um sofrimento mental é bastante complexo e visto como algo negativo, principalmente pela dificuldade encontrada em lidar com a sociedade:

E2 Muito ruim... Péssimo, não gosto.

E3 Não é fácil, é muito complicado... Você enfrenta uma barreira muito grande, né?

E4 É muito complicado, é uma situação difícil porque a gente vive numa sociedade muito rígida com as pessoas.

A percepção de si antes do adoecimento psíquico e como se percebem agora constituem algo muito significativo, e essa mudança no cotidiano ou diferença física e perceptiva leva a sentimentos de tristeza e sensação de incompetência. Nascimento, Brêda, Albuquerque (2015) pontuam essa questão ao relacionar o processo do adoecimento com as implicações para a identidade, tais como baixa autoestima, perda de habilidades laborativas e de mobilidade, capazes de gerar sentimentos que podem ser observados nos trechos a seguir, como a sensação de incapacidade para o trabalho e a autocensura, que ratificam estigmas:

E3 Mas, assim, eu me sinto mal, porque eu até meus 15 anos, eu era uma pessoa normal, não tomava remédio, era uma pessoa totalmente normal. Eu tinha o cabelo grande, mais ou menos aqui assim [aponta para o ombro], fazia de tudo, eu estudava, saía, brincava, fazia de tudo, meu pai era vivo naquela época, eu saía com meu pai, com meus irmãos, então eu era bem mais alegre.

E4 Eu agora 'tô' andando tipo marchando, eu 'tô' descompensada. Estou muito, muito ruim em relação a antes.

E4 Eu fazia muito artesanato. Hoje em dia não faço nada disso mais. Não consigo sentar e fazer um crochê, fazer um bordado, não consigo mais. Minha mente não ajuda, eu fico inquieta. Tem uma coisa que me perturba ali, que não me deixa ficar sossegada em fazer uma atividade.

E4 Aconteceu eu me deixar levar. É, deixar me levar, dormir a mais do horário, não me dispor a querer, assim, fazer as coisas na hora certa, aí foi acumulando. ... não fui entendendo mais nada, não fui entendendo como tinha que agir com as coisas, como me comportar, como reagir nas situações do dia a dia, trabalho, filho, casa, família, separar as coisas. Juntei tudo e misturei tudo, não tenho uma diferenciação de uma coisa para outra.

Podemos observar nas falas aqui reproduzidas que são expressas sensações de ruptura no cotidiano a partir do adoecimento, sendo o passado descrito com mais momentos de inserção social e realização de atividades, ficando “marcada uma interrupção da continuidade da vida, das atividades, relações e do lugar social do sujeito, determinada pelo adoecimento” (Salles, Barros, 2009, p.14).

Além disso, é necessário destacar a multiplicidade dos papéis que a mulher possui no cotidiano e o quanto uma possível sobrecarga de responsabilidades, que são constantemente cobradas, pode contribuir para o processo de adoecimento, principalmente quando não são compartilhadas e divididas, pois “as mulheres são as principais responsáveis pelas atividades domésticas e pelo cuidado com os filhos e demais familiares, além das suas atividades econômicas” (França, Schimanski, 2009, p.74).

Também é expresso pelos colaboradores o sentimento de dependência pelo serviço, como pode ser percebido a seguir. Esse sentimento pode passar por outras interpretações para além da dependência ou gratidão, pelo fato de ser o único lugar de acolhimento.

E1 Eu me sinto... eu vejo um pouco que a sociedade me censura porque estou morando no abrigo. Até esse irmão meu, mas eu acho que quando eu chego perto das pessoas eu me sinto sujo perto delas. ... Me sinto um pouco sujo porque estou lá no abrigo. ... e ter esse problema, que é ser bipolar, e ser censurado pela própria família, mas lá eu tenho tudo. Eu tenho que pensar assim, lá eu tenho até tratamento médico ... E mesmo que se tome um banho ou coisa assim, eu me sinto sujo.

Podemos observar no discurso acima uma forma de compreensão do que significa ter um transtorno mental: “estar sujo”, mas que pode também estar relacionado com o fato de ser morador de abrigo, que é algo que, por si só, agrega outro estigma, que no caso acima está internalizado, assumindo uma identidade deteriorada como a descrita no trabalho de Goffman (1988), acarretando ao indivíduo estigmatizado a impossibilidade de obter uma aceitação social plena no meio em que vive.

A compreensão que os entrevistados relatam sobre o transtorno mental varia entre a concepção da sociedade, da família e a concepção que têm de si mesmos. Observa-se a importância dada ao que os outros compreendem como transtorno mental, que é uma visão estigmatizante, afetando a pessoa com a doença. O indivíduo acaba por perder sua identidade ao se reconhecer e ser reconhecido pela forma como é definido:

E1 Pensam que eu sou doido. Nós somos, né? Quem ‘tá’ no abrigo, quem ‘tá’ no Caps é doido, entendeu? Então, essas coisas.

E4 Pensam que eu não tenho um juízo perfeito; que eu sofro de um distúrbio mental, que eu não tenho um juízo perfeito.

Os discursos também apontam que acreditam que a família tenha uma compreensão do transtorno mental como algo que é controlado pelas pessoas acometidas, no sentido de que é uma escolha da pessoa. Essa característica é algo que pode aumentar ainda mais o sofrimento e contribuir para a internalização do estigma, pois faz com que essas pessoas se sintam menos importantes e incompreendidas pela percepção de descrédito por parte dos familiares, que deveriam constituir uma rede de apoio:

E3 Então eles falam: ‘Ah não é doença nada, é ruindade, palhaçada, não sei o quê’... ‘A senhora passa a mão na cabeça dela, isso é falta de porrada, não sei o quê’, ‘remédio nada, não sei o quê’.

E4 Quando minha família me internou na clínica, eu senti que minha família se preocupava comigo, mas depois eles deixaram eu de lado. Tipo assim: ‘Ah, ela escolheu viver assim, deixa ela viver do jeito que ela quiser’, e não é do jeito que eu quero, que eu não queria essa vida para mim, é do problema mesmo, veio a transparecer de uma forma que deu uma diferença muito grande na minha vida pessoal e na vida circular, na convivência com a sociedade.

Enfatizamos que a compreensão expressa nessas falas se refere a uma representação da doença mental como falta de vontade e como escolha, como se as pessoas com transtornos mentais estivessem inventando a doença e como se pudessem estar bem, se quisessem. Esses fatores são negativos para sua recuperação, pois favorecem o sentimento de desamparo e descrédito por parte da família, fazendo com que se sintam diminuídos e estigmatizados.

A exceção do que observamos até aqui é o discurso seguinte:

E5 Um ser capaz de vencer com a equipe melhor do planeta [como se enxerga].

E5 Tem pessoa que esquece, que acha que o portador de deficiência está ali obrigado [na militância]. Não é obrigado, é uma coisa que ele luta para vencer. Ele não está ali obrigado.

Percebe-se que sua fala diverge da dos outros entrevistados por ser um discurso de esperança, colocando o fato de ser militante no campo da saúde mental como um compromisso de vontade própria para atingir seu objetivo de vencer. O discurso está permeado por uma compreensão de si mesmo como alguém capaz e que luta pelos seus objetivos.

A concepção desse processo de *recovery*, interligada ao objetivo de vencer, não significa que seja com a cura no sentido de ausência da doença e remissão de sintomas, mas

como um processo que “está embasado na recuperação da esperança, reaquisição de algo perdido com a doença e melhora na qualidade de vida” (Baccari, Campos, Stefanello, 2013, p.123).

Estigmas

Corrigan e Watson (citados em Soares et al., 2011) definem que existem dois tipos de estigma, o estigma público ou social e o estigma internalizado. O estigma social é quando a sociedade ou um grupo de pessoas não aceita e desvaloriza as características de um indivíduo que apresenta peculiaridades, sejam físicas ou pessoais, que fogem à norma, levando a atitudes e reações negativas, julgamentos morais e discriminação por parte da sociedade. Thornicroft (2006) relaciona o estigma à combinação de três elementos: ignorância no sentido da falta de conhecimento e desinformação acerca da doença mental; preconceito diante de atitudes negativas; e discriminação, que contribui para a exclusão das pessoas com transtorno mental.

O estigma internalizado, foco deste estudo, é uma consequência direta do estigma social, no qual ocorre uma internalização do estigma sofrido, ou seja, o indivíduo, ao ter consciência dos estereótipos negativos associados à sua circunstância, concorda, aplica e reproduz essas crenças desfavoráveis sobre si mesmo, atrapalhando sua qualidade de vida e o convívio social.

A escola é o local que a maioria considera o mais marcante, em termos de preconceitos sofridos. É possível observar nas falas a seguir que essa discriminação vai além da indiferença e do isolamento, que já trazem efeitos negativos. As atitudes são de violência verbal e até física, desestimulando o indivíduo a permanecer na escola:

E2 Meus colegas da sala, eles me xingavam, ‘tacavam’ pedra.

E3 Às vezes, ou, por exemplo, quando eu estudava, ninguém gostava de ficar comigo, ninguém gostava de brincar comigo, ninguém gostava de andar comigo, era assim.

E5 Falavam que eu não era capaz de vencer, no próprio colégio, quando parei de estudar, parei na oitava, falavam: ‘O que esse doido está fazendo aqui?’ O normal falando com o outro: ‘O que esse doido está fazendo aí? É lugar de doido aqui?’ Jogavam papel... Aí não aguentei.

Tal como posto por Nunes e Torrenté (2009, p.104), “estigmas ancorados no imaginário social acerca da loucura manifestam-se sob a forma de diversos tipos de violência, exercidos em várias esferas da vida das pessoas”. Assim, o estigma social é percebido também em outros lugares para além do ambiente escolar:

E4 No ônibus a gente pode perceber como que as pessoas são intolerantes.

E5 Muito deboche, existe até hoje... eu tinha vários apelidos, se eu jogasse tudo na Justiça, assim, falando da Justiça, eu me dava bem com isso.

É importante que as pessoas estigmatizadas possam enfrentar os estereótipos colocados pela sociedade (a incapacidade e a incompetência do doente mental), fortalecendo seu autoconceito, aumentando sua autoestima e, com isso, promovendo a própria inserção social,

o que permite que a pessoa com transtorno psíquico conduza sua vida e tenha autonomia para encarar desafios colocados até então como algo fora de sua capacidade (Bates, Repper, 2001).

E5 Antigamente eles falavam assim: ‘os doidos são incapazes’. Que a gente era incapaz. Nunca pensei que eu ia mexer com violão, mexer com pintura, que eu tinha talento... Era doido. Mostrei o contrário.

O estigma também está presente nas famílias, e sendo elas uma rede social essencial para o indivíduo, a “falta de apoio familiar representa um impacto significativo na vida cotidiana dos usuários” (Salles, Barros, 2013, p.708). Nesse contexto, os participantes mencionam a relação com a família como uma barreira para a recuperação e para o convívio social em comum, sugerindo que os familiares não estão preparados para lidar com a situação e acolher esse indivíduo:

E1 Eu fico ansioso com medo dele [irmão] me chamar atenção.

E3 Você enfrentar sua família, principalmente a família, não é fácil... A família critica, a família tem preconceito, tem tudo, tem a discriminação... E tem tudo. Como eu, pelo menos, a minha mãe, na mesma hora que me trata bem, ela me trata mal. Meus irmãos também, na mesma hora que eles me tratam bem, me tratam mal.

E3 O que não tem contribuído? É a minha família, toda vez é a minha família... Infelizmente. É a união que não tem na minha família, é a união que não tem. A minha irmã, por exemplo, ela me julga demais, ela me xinga demais, ela tem uma agressividade entre eu e ela, entre ela comigo.

E4 Não. Eles não ‘tão’ me ajudando. Muito pelo contrário, estão me culpando das coisas, me falam as coisas que eu não preciso ouvir, me colocam numa situação difícil [A família em relação à recuperação].

A estigmatização por parte dos familiares é um fator que “pode contribuir para a vulnerabilidade, para a internalização de atitudes estigmatizantes, além de fazer com que os indivíduos percebam mais fortemente a desvalorização e a discriminação” (Sibitz citado em Ferreira et al., 2014, p.78).

Por isso, a família “precisa receber acolhimento para melhor elaborar seus sentimentos, reorganizar e reordenar seus papéis diante da realidade do transtorno mental” (Nascimento, Brêda, Albuquerque, 2015, p.487), para que seja um meio de suporte positivo para o indivíduo com transtorno mental, contribuindo para o seu tratamento e não o contrário.

Apesar de a família dos participantes não dar o apoio esperado, como observado nos discursos acima, há um reconhecimento da sua importância para a colaboração no tratamento, que pode fazer toda a diferença no processo de inserção social, “sendo a família acolhedora um indicador positivo nesse processo” (Salles, Barros, 2013, p.709), como também observamos nos trechos seguintes:

E4 A gente e a família, o relacionamento com a família, porque a base de tudo é a família. Se a família não estiver alicerçada com os problemas ali, a gente foge de uma realidade pra outra, transpassa um problema pro outro. Aí acumula um problema e depois você não sabe separar as coisas e viver de uma forma sadia. Então a família é importante na colaboração do tratamento.

E5 Ele [pai] não via aquele portador de deficiência sendo um filho para ser tratado, era a minha mãe só, sempre minha mãe no detalhe, ali, sempre ela me ajudando. Ele era afastado. Até falei com a minha coordenadora: 'Um dia queria meu pai aqui'. Até que ela conseguiu, trouxe, e eu fiquei satisfeito. Aí ele foi no meu aniversário no antigo [hospital psiquiátrico], primeira vez que ele foi em um aniversário meu desde o meu tratamento'

E5 Sim, mas tem família que não liga [se a família é importante para o tratamento].

Ainda relacionando o papel da família como rede de suporte, Pegoraro e Caldana (2008) colocam a mulher cuidadora como figura de referência no âmbito do cuidado informal. No presente estudo, percebe-se que a mãe é o familiar mais citado em relação ao cuidado, podendo ter como consequência uma sobrecarga para o familiar, quando esse elo de apoio está centrado em uma única pessoa. No estudo de Nunes e Torrenté (2009, p.105) é apontado que essa sobrecarga é uma "causa frequente de adoecimento desses familiares, ou do sentimento de terem parte das suas vidas sacrificadas". A referência à figura da mãe é afirmada pelos participantes:

E2 Minha mãe me deixa mais calmo.

E3 Meu pai nem falava nada porque ele não chegou a andar comigo, não chegou, né, mas ele sabia e tal. Minha mãe é que chegou a andar comigo e fazer as coisas comigo, ficar convivendo comigo 24h pra baixo e pra cima. ... minha mãe fala até hoje: É [nome], filho crescido é trabalho dobrado.

E5 Mãe é que está ali a todo momento, nem todos os pais estão ali em todos os momentos, e ela sempre me cuidou, sempre me levou.

O estigma internalizado é um fenômeno processual nem sempre fácil de ser observado, pois, muitas vezes, os sentimentos característicos do estigma internalizado podem transparecer nas falas de maneira quase imperceptível, como adiante:

E3 Então hoje eu me sinto bem mais ou menos triste, porque eu não queria ser assim.

Porém, a internalização do estigma também se evidencia por meio de sentimentos explícitos de autorreprovação e baixa autoeficácia, acarretados pela ruptura na vida cotidiana após o adoecimento mental, como pode ser observado a seguir, na fala da entrevistada que deixou de trabalhar e contribuir economicamente. Além de constantemente se comparar a como era antes, sente-se inferior na sociedade:

E4 Às vezes eu me sinto um ninguém na vida, assim, no meio das pessoas, sendo que eu já fui alguém, eu já trabalhei, eu já fui um alguém. ... É, eu acho que não sou ninguém.

E4 Concordo [com o estigma social que sofre]. Concordo porque eu me conheço, eu me conheci, eu sei que eu não era desse jeito mesmo e eu concordo.

E4 É revoltante você ver, trabalhar igual eu já trabalhei na área e hoje em dia não poder estar ali, dando um suporte melhor para minha família.

Na sociedade capitalista em que vivemos, onde o lucro e o consumo são altamente valorizados, o trabalho se apresenta como muito importante para o indivíduo. Com a quebra no cotidiano pelo adoecimento e, conseqüentemente, a descontinuidade da sua rotina, o depoimento anterior demonstra que o não exercício do trabalho contribuiu muito para a internalização do estigma. Oliveira (2004) afirma que o papel do trabalho na atualidade é estruturar o cotidiano, trazer conquistas objetivas e subjetivas, além de proporcionar autossatisfação. E quando alguém se percebe como “improdutivo”, sente-se desvalorizado.

Ao ser questionados sobre como se sentiam em relação ao estigma que sofrem e se isso atrapalhava de alguma forma o seu cotidiano, verificou-se que é algo que incomoda e atrapalha. É visível que eles vigiam e reprimem suas atitudes para ser menos estigmatizados. As frases a seguir demonstram como se sentem em relação a essa problemática:

E3 Então ela fala assim [irmã]: ‘Ah larga [nome] em casa sozinha, prende ela dentro de casa, tranca tudo!’ Minha mãe não faz isso porque minha mãe tem dó de mim, às vezes minha mãe não faz porque acha um cúmulo de um absurdo trancar uma pessoa especial dentro de casa, uma pessoa que tem um problema, que não tem noção e acha, né, que pode fazer alguma coisa, eu não sei ... Ah, eu ficava assim, chateada. Não gostava não. Ficava chateada com isso.

E3 Ah eu fico com medo [de fazer ou falar algo e pensarem mal dela].

E4 Atrapalha [concordar com o estigma que sofre]. Atrapalha porque eu vivo sempre no contratempo. Sempre igual à pessoa que muda de uma cidade para a outra e não consegue se ambientar. É a mesma coisa, eu vivo sempre em contradição comigo mesma. Sempre arrumando um meio de me ajudar e não consigo.

E4 Ah, eu convivo com muita dificuldade, mas eu convivo. Muita dificuldade, muita dificuldade mesmo [como lida com o preconceito].

Contrariamente aos discursos anteriores, a fala seguinte sugere que o participante tenha internalizado menos o estigma social, ou não o tenha internalizado. Em comparação aos demais discursos, ele apresenta uma percepção diferenciada:

E5 Eu discordo, sempre falam, né, que a pessoa bipolar não tem talento, mas, se deixar, eles são capazes.

E5 Às vezes sim, às vezes não [se deixa de fazer alguma coisa por conta do preconceito].

E5 Sim, mas não ligo [se o preconceito o atrapalha].

Observa-se que esse tipo de comportamento aponta para o caminho da inserção social, pois Bertram (citado em Salles, Barros, 2013, p.1065), afirma que “para o usuário se considerar verdadeiramente incluído, ele precisa acreditar no seu próprio valor perante a sociedade”. Porém, compreendemos que, de algum modo, apesar dos sentimentos positivos referentes ao seu autoconceito e autoestima, o estigma social pode afetar este último entrevistado em alguns momentos.

Estratégias para o enfrentamento dos estigmas

Os entrevistados mencionaram meios, estratégias, ações e intervenções que contribuem ou contribuíram para, de alguma forma, sentirem-se melhor com o fato de ter um transtorno mental; foram citados a equipe, o contato com as pessoas, medicamentos, a religiosidade e a realização de atividades de que gostam, como ler, dançar, ver televisão e ouvir música:

E1 Eu tenho os livros como meus companheiros. Eu estou sempre com o livro naquela hora prazerosa, naquela hora delicada que você está chorando... Para você ver, eu sempre estou com um livro na mão, me apoio neles e ‘tô’ aí.

E3 Eu ‘tá’ vendo um filme na televisão importante que possa me descontraír, eu ‘tá’ ouvindo um lóvor, que é bom, às vezes distrai você ouvir.

Nos discursos do participante E5, que teve a oportunidade de viajar por intermédio do movimento social do qual faz parte, vê-se como é importante conquistar o seu espaço na sociedade e como isso contribui para se sentir melhor além de auxiliar no processo de *recovery* e *empowerment*:

E5 [Cita militantes da luta] que me ajudam bastante, e as viagens que eu fui, sempre quis ir viajar, nós temos passe livre federal, e me ajudou bastante porque as pessoas falaram: ‘Vai, você é capaz’.

E5 Uma equipe, vou colocar a melhor do planeta, sempre eu coloco no meu Face,² né? Do nada, do nada encontrei gente maravilhosa, são vocês. Gente que nunca pensei que um portador de deficiência ia ter confiança, viajar, lutar por um movimento.

E5 Já tentei desistir, mas a minha equipe melhor do planeta não deixou eu desistir [cita nomes que o ajudaram] ... São profissionais e outras pessoas portadores de deficiência que têm confiança comigo até hoje [ao ser questionado quem seria a equipe melhor do planeta].

Vasconcellos (2003, p.231), aponta o *empowerment* como um termo de difícil tradução direta para o português pela sua complexidade; entretanto, mantém a conceituação do termo como “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”.

Algo muito pontuado foi a relação com a equipe e o quanto os profissionais os ajudam a se sentir melhor. É muito importante que essa relação seja de acolhimento e trocas, pois “o serviço deve ser constantemente atravessado e habitado pelos usuários e pelos profissionais de saúde mental” (Saraceno, 2011, p.99), podendo contribuir de forma positiva na construção ou reconstrução da identidade dos usuários.

E1 Foi o contato com vocês [alunos e estagiários participantes do projeto de extensão], com as oficinas, e de pegar orientações para sair desse estágio. Ainda mais que eu fui para a Escola da Vida³... e lá eles têm muitos debates e palestras. Até que antes eu pensava diferente, agora eu penso melhor. Porque eu tenho tudo... tudo que eu tenho, esses tratamentos são tudo adquirido pelo próprio governo, então, hoje em dia, posso dizer que sou um cara beneficiado.

E3 Psicólogo me ajuda muito, eu fazer uma ginástica, eu 'tá' fazendo um *jump* [modalidade de ginástica que faz uso de um aparelho em formato de um minitrampolim] como tem muito lá no Caps.

E5 Uma coisa que me ajuda bastante é a equipe. Você ter diálogo com a equipe, com a diretoria... Coloquei eles como os melhores do mundo e depois mudei para os melhores do planeta. Foram pessoas que me dedicaram carinho, respeito e confiança.

E5 Ajuda [o Caps]. A [cita nome de profissional] fez um curso para nós de como é a nossa doença, né, cada paciente é um paciente diferente, saber explicar o que a gente tem, tudo que a gente fala, saber explicar, e a gente teve um momento com um livro sobre o que é a saúde mental, o que é a doença, fizemos teatro muito bem bolado e apresentado, mas ser militante é uma coisa que me deixa orgulhoso.

Apesar da importância de se sentir acolhido no serviço, é preciso que a convivência e o pertencimento saiam dos muros dos serviços substitutivos, para que o usuário circule em outros espaços de trocas, nos quais vivencie sentimentos de estima e inclusão, com direitos e deveres como qualquer outra pessoa (Ferreira et al., 2014), sem se sentir rejeitado e estigmatizado.

O isolamento social deve ser quebrado e trabalhado por meio do contato com o outro, que, além de ser benéfico para a pessoa, é uma ferramenta antiestigma, ou seja, estudos mostram que o contato com pessoas com transtorno mental é eficaz para melhorar atitudes estigmatizantes na sociedade (Corrigan, 2012). Nesse sentido, podemos ver nas falas a seguir o quanto relações sociais e de reciprocidade são benéficas para o bem-estar dos usuários:

E3 Ah, o que me ajuda é eu ter um bom humor, ter mais carinho, mais entre a família e eu. Ter mais alegria no coração, sair mais um pouco de casa, se divertir mais, ter mais coleguismo.

E5 Além dos medicamentos que eu já tomava, uma coisa que ajuda é o diálogo, conversar. Às vezes, o melhor remédio que você tem é conversar com uma pessoa.

E5 Eu tenho orgulho daqui [espaço social dentro da universidade], aqui que me incentivou a lutar. Já saí de festa daqui de madrugada, eu gosto... Eu gosto de dançar, gosto de participar, gosto de vender. É uma coisa que me surpreende, eu já mexi com venda e me faz bem conviver.

Porém, ainda que os entrevistados reconheçam os efeitos positivos das interações sociais, às vezes, para prevenir o estigma, fazem o oposto. Com isso, o isolamento social, além de uma consequência do processo de estigma internalizado, é percebido também como uma estratégia de proteção, pois, ao tomar consciência da discriminação e dos julgamentos da sociedade associados à sua condição de saúde, o indivíduo tende a antecipar essa desvalorização dos outros em relação à sua pessoa e evitar interações sociais para prevenir essas experiências negativas (Mueller citado em Ferreira et al., 2014). Observa-se adiante, que os entrevistados evitam o contato social, sendo um retrocesso para o tratamento, porque, como mencionado, o contato e as relações sociais contribuem para reduzir o estigma (Corrigan, Gelb, 2006):

E3 Eu deixo de conversar, deixo de agir para a pessoa depois não ficar pensando merda de mim.

E4 Deixo, já deixei de ir em muitos lugares por conta disso mesmo [preconceito].

Com relação ao estigma social que vivenciam, para lidar e enfrentar essas questões, apesar dos efeitos negativos de se sentirem estigmatizados pela sociedade ou por eles mesmos, a maioria dos entrevistados tenta ultrapassar isso não dando importância para a situação vivenciada, mesmo sendo perceptível que ela os afeta de alguma forma:

E1 Ah, eu tento romper [sobre se sentir sujo].

E4 É tipo não ligando para o que as pessoas falam. Mas, em compensação, a gente tem que se importar, porque a gente vive numa sociedade em que a gente é visado de todas as formas.

E5 Não debatendo... mostrando que você tem talento. Eu não tenho estudo, mas eu tenho muito conhecimento hoje em dia.

E5 Existe, mas é lá [feiras de exposição] que eles veem nosso trabalho, que somos capazes. Lá que eles veem quem fez. Quando a coordenadora fala assim: 'Foram eles que fizeram', aí quebra aquele preconceito todo. É uma coisa que a gente luta, luta e briga. Brigar por uma coisa de vitória [sobre existir preconceito nas feiras em que usuários expõem artesanatos].

Na última frase, surge outra estratégia importante, que são a exposição de seus trabalhos, produzidos nas oficinas de geração de renda dos serviços, em feiras de artesanato para diversos públicos.

A economia solidária tem como proposta criar alternativas de geração de renda para usuários dos serviços de saúde mental, com o objetivo de promover a inserção social pelo trabalho (Singer, 2005).

Como vimos, o trabalho apresenta importante significado na estruturação do cotidiano, e sua ausência agrega sentimentos negativos para o indivíduo com transtorno mental. Oportunidades como as da economia solidária proporcionam o aumento da autoestima, ao se sentirem valorizados, da percepção positiva deles mesmos, e também age na desmitificação da relação entre transtorno mental e incapacidade. Perkins e Repper (citados em Salles, Barros, 2013) abordam em seu livro a importância desses sentimentos positivos para o processo de inserção social e *recovery*.

Os autores também relacionam o fato de o reforço da imagem negativa acerca do transtorno mental estar relacionado, muitas vezes, à influência das mídias oficiais. Essa visão negativa é uma construção social que originou a radicalização das intervenções psiquiátricas, segregando as pessoas com transtornos mentais nos manicômios, com violência e abandono, "construindo-se a concepção do louco enquanto ser perigoso, nefasto, incapaz, um 'não ser', legitimando-se a condição de 'não cidadão', 'não sujeito'" (Godoy, Bosi, 2007, p.294; destaques no original). Assim, a perspectiva do trabalho é uma forma de enfrentamento a essa imagem negativa.

Outra estratégia para o enfrentamento, que surge ao longo das entrevistas, é a religiosidade, que também se configura como uma rede de apoio social. Percebe-se que

essa questão aparece nos discursos atrelados ao uso da medicação, sendo depositada na espiritualidade a perspectiva de cura. Para Villares, Redko e Mari (1999, p.43-45), “a Igreja é muito importante no auxílio à convivência com a doença, por oferecer uma compreensão do sofrimento que qualifica a experiência existencial desta e como suporte social, através das relações de ajuda que a comunidade de fiéis constrói à sua volta”:

E1 Ajuda! É o melhor caminho para se seguir [Igreja].

E2 Deus [Ao ser questionado sobre o que acredita que auxilia na sua melhora, além da medicação].

E3 Eu tomo remédio até hoje, desde novinha, e peço a Deus que venha me curar disso e [que] aos poucos ele venha tirar meu remédio, porque eu não nasci tomando remédio, eu nasci normal.

E4 Só Jesus para me orientar, ‘tô’ muito desorientada e essa senhora que ‘tá’ ali ó [aponta para uma pessoa] mais aquele senhor, conhecem a minha vida. Eles são da Igreja evangélica. Eu me reconciliei lá, mas não consegui acompanhar, aí minha mente transtornou depois disso.

E5 Tomando o medicamento correto, não deixar de tomar, eu tomo até hoje, e tem uma coisa que me ajuda, eu faço Romaria dos Homens, já tem 23 anos que eu faço. É na igreja Nossa Senhora da Penha. Com essa ajuda que eu tenho que a fé move montanhas.

Apesar das diversas estratégias e experiências que os entrevistados trouxeram para viver melhor com o transtorno e lidar com as situações de estigma, também apareceram nos relatos o que não contribuiu para a recuperação e que é importante pontuar. Adiante, pode ser observada a associação do sofrimento decorrente de perdas afetivas com uma dificuldade em lidar com a situação e, conseqüentemente, o agravamento dos sintomas do transtorno. Mesmo sendo acontecimentos próprios da vida, que qualquer pessoa está sujeita a vivenciar, as reações e maneiras de lidar com o fato são muito subjetivas e singulares, além de depender da forma como se deu a elaboração do luto, pois, se for bem formulado e com o devido apoio, os efeitos negativos tendem a ser amenizados (Zavaschi et al., 2002):

E4 Perdi um filho de 19 anos. Não foi fácil, não está sendo fácil pra mim superar essa perda ... Perdi muito com isso.

Outra experiência negativa foi a violência institucional presenciada em um hospital psiquiátrico:

E5 Ponto de decadência, de perda das pessoas que vi em Cachoeiro [hospital psiquiátrico que visitou].⁴ Nós saímos de Vitória para fazer uma luta melhor, nunca pensei que íamos brigar tanto com a equipe que fomos lá, ver os pacientes e ver os depoimentos deles. Nunca pensei assim, ‘pô’, ver meus amigos fazendo depoimento de coisas que nunca passei, nunca fiquei internado assim muito tempo, fiquei poucas horas, mas tem pessoas que ficaram internadas e levaram choque, aconteceram barbaridades, vi depoimentos deles que me chocou.

Ainda que não tenha sido com o participante, ver de perto o sofrimento dos outros o abalou. Depois de décadas do processo da desinstitucionalização, saber que práticas

desumanas e antiterapêuticas ainda ocorrem, é expressado com indignação no discurso. Hospitais psiquiátricos são espaços antissociais que pouco podem contribuir para o tratamento, por ser um “local zero de trocas sociais”, como afirma Rotelli (1990). Saraceno (2011, p.97) reforça essa concepção ao considerar que “a instituição total teme a diversidade, não tolera a diferença, teme o estranho e o estrangeiro, teme a corporificação, a sexualidade, a produção de sentido porque simplesmente a instituição deve empregar as suas energias para autorreproduzir-se”.

Para finalizar, apontamos uma solicitação de tolerância feita por um dos participantes, envolvendo empatia e solidariedade com o outro, ainda que esse outro seja um desconhecido:

E4 Gostaria de falar que é para a pessoa ter mais paciência com as pessoas que têm transtorno ... porque ninguém quer estar assim, escolhe estar assim. Acontece, as coisas vão acontecendo, vão tomando forma de tal jeito de que a pessoa, às vezes, não tem um equilíbrio. Então é para as pessoas terem paciência, terem mais amor, terem mais companheirismo com as pessoas. Porque hoje em dia ‘tá’ muito difícil, e a violência tanto sexual quanto violência urbana, vamos dizer assim, ‘tá’ sendo muito alta. Então as pessoas não ‘tão’ tendo mais credibilidade, mais olhando. Nem um cachorro na rua eles não ‘tão’ respeitando mais, então eu peço ... que as pessoas tenham um pouco de dignidade em relação a isso. Cobra demais essas pessoas [a sociedade], uma sociedade que não vê o lado do ser humano quando ele tem um problema, que não está conseguindo, não vê o lado da pessoa, não é sensível aos problemas da pessoa, só olha o lado financeiro.

Para Saraceno (2011, p.99), a tolerância pode ser alcançada por meio da idealização da utopia, na qual a diversidade esteja junto com a cidadania, e a tolerância seja uma “forma de aceitação da diversidade, como esforço moral e intelectual de todos que pertencem à razão, à norma, à maioria”, para que, no futuro, a tolerância não seja uma questão de boa vontade e sim de afirmação dos direitos, realidade oposta ao que é visto nos dias de hoje. Salles e Barros (2013) reafirmam a importância de construir um contexto social acolhedor, trabalhando a aceitação das diferenças na sociedade.

Considerações finais

Ao analisar os discursos em torno dos processos de estigmatização e da internalização dos estigmas por parte dos participantes deste estudo, afirmamos a importância de esse assunto ser mais discutido, como também a necessidade de haver mais publicações científicas nacionais sobre o tema, visto que há uma carência no Brasil de estudos sobre o estigma internalizado.

As pessoas com transtorno mental pertencem a um grupo de indivíduos que por séculos foi esquecido, negligenciado, e hoje, com o processo da desinstitucionalização, encontram muitas dificuldades em se inserir na sociedade, e uma das principais causas disso é o estigma social alimentado pela ignorância da população e pela mídia oficial.

Consideramos que os objetivos delineados para este estudo foram alcançados, uma vez que pôde ser observada a presença do impacto na vida das pessoas, quando o estigma social passa a ser internalizado. Se o estigma social já apresenta efeitos negativos, como o fato de ser discriminado pela sociedade, dificultando a procura de tratamento, a permanência

em escolas, trabalho e nas relações com o outro, a internalização desse estigma atrapalha ainda mais o processo de *recovery*.

Discutir e investir em estratégias para reduzir o estigma em saúde mental é necessário para, conseqüentemente, diminuir os seus impactos na vida dos indivíduos. Pelo que pudemos observar nos discursos no decorrer deste estudo, é possível perceber os impactos nos sentimentos de angústia, na autorreprovação, na baixa autoeficácia e autoestima, na percepção de descrédito perante os outros. Corrigan (2012) apresentou em seu estudo estratégias antiestigmas manifestadas em três processos: protesto, educação e contato. O protesto é pontuado como uma ferramenta benéfica para que as pessoas repensem seus comportamentos, e pôde ser observado nesta pesquisa na militância, no acompanhamento do participante na realização do censo psicossocial do hospital psiquiátrico e na oficina de jornal, na qual as pessoas foram convidadas a participar do presente estudo. A oficina de jornal, que produz o informativo impresso – *Jornal da Gente*, é uma ferramenta que possibilita trabalhar esses processos, se configurando como um espaço de protesto e denúncia. Já a educação é uma abordagem que possibilita desmitificar a doença mental atrelada à periculosidade, incompetência e outros estereótipos negativos que as pessoas têm em relação às pessoas com transtorno, por meio de livros, folhetos, palestras, filmes, vídeos e o serviço mediado na comunidade. E, finalmente, o contato é essencial para diminuir o preconceito e, com isso, possibilitar que o sujeito se sinta incluído na sociedade de maneira integral. Além de o contato ser a estratégia antiestigma com mais resultados positivos, como observado na bibliografia consultada, foi também muito pontuado pelos participantes deste estudo como sendo benéfico e tendo efeitos positivos na redução do isolamento.

As famílias também devem ser foco de intervenção e suporte, pois foi identificado no estudo que a família pouco tem contribuído para viver de maneira mais satisfatória com o transtorno, reforçando o estigma internalizado e trazendo sérias consequências para o sujeito.

Todas essas estratégias citadas são grandes desafios para a saúde mental e devem ser trabalhadas em conjunto com a Raps, almejando produção de cuidado na atenção psicossocial e a redução do estigma social e estigma internalizado a médio e longo prazos, para a construção de um processo de recuperação, o *recovery*.

Com base nos resultados obtidos neste estudo, e reforçando a importância de discutir os processos de estigmatização e formas de enfrentamento para promover melhora da qualidade de vida das pessoas, sugerimos mais investigações sobre o tema em âmbito nacional, sob a perspectiva de quem sofre com o estigma.

NOTAS

¹ A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi instituída pela portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011, para obter a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

² Rede social chamada Facebook.

³ Escola da Vida é um projeto social da Prefeitura de Vitória destinado aos moradores de rua e à população em situação de vulnerabilidade social.

⁴ Nessa fala o entrevistado refere-se à saída de Vitória, em 2013, juntamente com diversos atores do campo da saúde mental (profissionais, usuários e familiares), para a realização de um censo psicossocial na Clínica Santa Isabel, em Cachoeiro de Itapemirim (a pedido do Ministério Público do município de Cachoeiro de Itapemirim), para identificar e avaliar os serviços prestados, devido às inúmeras denúncias de diversas formas de violação de direitos humanos, e para iniciar um processo de desinstitucionalização dos pacientes internados.

REFERÊNCIAS

- ANASTÁCIO, Camila C.; FURTADO, Juarez P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.4, n.9, p.72-83. 2012.
- ASSIS, Pablo. Um breve manual de transtornos mentais: um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação. Disponível em: <<http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/2010/02/Transtornos-Mentais.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017. 2010.
- BACCARI, Ivana O.P.; CAMPOS, Rosana T.O.; STEFANELLO, Sabrina. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.20, n.1, p.125-136. 2013.
- BATES, Peter; REPPER, Julie. Social inclusion: a framework for evaluation. *A Life in the Day*, v.5, n.2, p.2-7. 2001.
- BRUNELLO, Maria R.I. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *Revista Terapia Ocupacional*, v.9, n.1, p.14-19. 1998.
- CORRIGAN, Patrick W. Research and the elimination of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, v.201, n.1, p.7-8. 2012.
- CORRIGAN, Patrick; GELB, Betsy. Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatric Services*, v.57, n.3, p.393-398. 2006.
- FERREIRA, Gabriela C.L. et al. Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos de Psicologia*, v.19, n.1, p.77-86. 2014.
- FRANÇA, Ana L.; SCHIMANSKI, Édina. Mulher, trabalho e família: uma análise sobre a dupla jornada feminina e seus reflexos no âmbito familiar. *Revista Emancipação*, v.9, n.1, p.65-78. 2009.
- FURTADO, Juarez P. et al. A concepção de território na saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v.32, n.9, e00059116. 2016.
- GODOY, Maria G.C.; BOSI, Maria L.M. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. *Physis*, v.17, n.2, p.289-299. 2007.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC. 1988.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana M.C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educs. 2003.
- LUSSI, Isabela A. de O.; ORNELLAS, Maria A.; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.14, n.3, p.448-456. 2006.
- MINAYO, Maria C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. 1998.
- MONTEIRO, Claudete F. de S. et al. O viver e o morar: relações interpessoais de moradores dos serviços residenciais terapêuticos. *Revista Enfermagem UERJ*, v.20, n.5, p.637-641. 2012.
- MOREIRA, Virgínia; MELO, Anna K. “Minha doença é invisível!”: revisitando o estigma de ser doente mental. *Interação em Psicologia*, v.12, n.2, p.307-314. 2008.
- NASCIMENTO, Yanna C.M.L.; BRÊDA, Mercia Z.; ALBUQUERQUE, Maria C. dos S. de. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.54, n.19, p.479-490. 2015.
- NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, v.43, supl.1, p.101-108. 2009.
- OLIVEIRA, Cristina B. Sobre lazer, tempo e trabalho na sociedade de consumo. *Conexões*, v.2, n.1, p.20-35. 2004.

OLIVEIRA, Raimunda. F. de; ANDRADE, Luiz O.M. de; GOYA, Neuza.

Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.11, p.3069-3078. 2012.

PEGORARO, Renata F.; CALDANA, Regina H.L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v.17, n.2, p.82-94. 2008.

ROTELLI, Franco.

A instituição inventada. In: Nicácio, Maria Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. p.89-99. 1990.

SALLES, Mariana M.; BARROS, Sônia. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde e Sociedade*, v.22, n.4, p.1059-1071. 2013.

SALLES, Mariana M.; BARROS, Sônia. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.22, n.1, p.11-16. 2009.

SANTOS, Milton.

O espaço do cidadão. São Paulo: Edusp. 2007.

SARACENO, Benedetto.

A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.22, n.2, p.93-101. 2011.

SARACENO, Benedetto.

Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá. 1999.

SINGER, Paul.

Saúde mental e economia solidária. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental e economia*

solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. p.11-12. 2005.

SOARES, Rhaisa G. et al.

Validação da versão brasileira da escala Ismi adaptada para dependentes de substâncias.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.31, n.2, p.229-238. 2015.

SOARES, Rhaisa G. et al.

A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, v.16, n.4, p.635-645. 2011.

THORNICROFT, Graham.

Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press. 2006.

TURATO, Egberto Ribeiro.

Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes. 2008.

VASCONCELLOS, Eduardo M.

O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias. São Paulo: Paulus. 2003.

VILLARES, Cecília C.; REDKO, Cristina P.;

MARI, Jair J.

Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.21, n.1, p.36-47. 1999.

ZAVASCHI, Maria L.S. et al.

Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, n.4, p.189-195. 2002.

