



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Moraes Volz, Pâmela; Tomasi, Elaine; Vattimo Bruck, Ney Roberto; de Oliveira Saes, Mirelle; Pereira Nunes, Bruno; Silva Duro, Suele Manjourany; Facchini, Luiz Augusto  
A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela  
doença

Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 877-886

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263644012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença

## Social inclusion through work in the process of minimizing social stigma related to diseases

### **Pâmela Moraes Volz**

Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Pelotas, RS, Brasil  
E-mail: pammi.volz@gmail.com

### **Elaine Tomasi**

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Pelotas, RS, Brasil.  
E-mail: tomasiet@gmail.com

### **Ney Roberto Vattimo Bruck**

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Psicologia. Pelotas, RS, Brasil.  
E-mail: neybruck@gmail.com

### **Mirelle de Oliveira Saes**

Universidade Federal do Rio Grande. Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rio Grande, RS, Brasil.  
E-mail: mirelleosaes@gmail.com

### **Bruno Pereira Nunes**

Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Pelotas, RS, Brasil.  
E-mail: nunesbp@gmail.com

### **Suele Manjourany Silva Duro**

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Pelotas, RS, Brasil.  
E-mail: sumanjou@gmail.com

### **Luiz Augusto Facchini**

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Pelotas, RS, Brasil.  
E-mail: luizfacchini@gmail.com

## **Resumo**

Com o objetivo de refletir sobre a importância da inclusão social pelo trabalho no processo de redução do estigma social pela doença, este artigo apresenta a narrativa de três usuárias, vinculadas às Oficinas de Geração de Trabalho e Renda da Reabilitação Trabalho e Arte (Retrate), que sofrem com o preconceito e a discriminação por serem portadoras de transtornos mentais. Pautando-se nas contribuições teóricas de Erving Goffman e valendo-se da proposta metodológica trazida pela sociologia da vida cotidiana e pela história oral de vida, o resultado obtido aponta que a inclusão social pelo trabalho é o principal meio para a positividade da identidade dos portadores de transtornos mentais e para a redução da estigmatização social pela doença. Ao sentirem-se reconhecidos por seu trabalho e conceberem o grupo como uma “família”, esses sujeitos têm a baixa autoestima, os sentimentos de anormalidade, o medo e a desvalorização visivelmente minimizados. **Palavras-chave:** Estigma Social; Saúde Mental; Inclusão Social.

## **Correspondência**

Pâmela Moraes Volz  
Avenida Duque de Caxias, 250, 3 andar, Bairro Fragata.  
Pelotas, RS, Brasil. CEP 96030-000.

## Abstract

In order to reflect on the importance of social inclusion through work in reducing the social stigma related to diseases, this article presents the narrative of three users of Retratar (Rehabilitation, Work and Art) who attend workshops to generate employment and income in the city of Pelotas, Southern Brazil. These users suffer from prejudice and discrimination because of a depressive disorder. Based on the theoretical contributions of Erving Goffman and using the methodological proposal brought by the sociology of everyday life and by oral history, the result shows that social inclusion through work is the primary means for the positivization of the identity of people suffering from mental disorders and to reduce the social stigma related to the disease. By feeling recognized for their work and by conceiving the group as a “family”, their low self-esteem and feelings of abnormality, fear and worthlessness are visibly minimized.

**Keywords:** Social Stigma; Mental Health; Social Inclusion.

## Introdução

Com o objetivo de apresentar subsídios teóricos que auxiliem na reflexão acerca da importância da inclusão social por meio do trabalho no processo de redução do estigma social pela doença, este artigo apresenta a narrativa de três usuárias vinculadas às Oficinas de Geração de Trabalho e Renda da Reabilitação, Trabalho e Arte (Retratar)<sup>1</sup> e destaca tanto as contribuições de Goffman (1980) como da luta do Movimento Antimanicomial em prol da igualdade de direitos e da inclusão social.

Goffman (1980), após analisar o sentimento de pessoas estigmatizadas sobre si próprias, afirma que esse atributo considerado como “anormal” pela sociedade considerada “normal” é reproduzido por um sistema capitalista opressor que, indiretamente, impõe as normas e as condutas que os indivíduos devem seguir.

Ao definir o estigma não apenas como um atributo pessoal, mas também como uma forma de designação social, Goffman (1980) pontua que a manifestação do mesmo é extremamente particular e prejudicial aos portadores de transtornos mentais, na medida em que pessoas sem transtornos mentais costumam utilizar termos específicos de estigmas no discurso diário (como, por exemplo, aleijado, retardado, louco, pobre) como fonte de exclusão, metáfora e representação, de maneira característica e sem pensar em seu significado original.

Essa visão tem raízes históricas e culturais complexas, o que dificulta sobremaneira os esforços dos governos e da sociedade civil no processo de inclusão social e ressignificação identitária dos portadores de transtornos mentais. No que tange ao direito do trabalho no Brasil, não se pode ignorar que a reestruturação produtiva do capital vem dando lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho, reduzindo amplamente o conjunto de trabalhadores estáveis que se estruturava por meio de empregos formais (Antunes, 2011). Assim, os portadores de transtornos mentais acabam sendo duplamente ex-

<sup>1</sup> Fundadas em 2005 e vinculadas à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pelotas (RS), as oficinas de geração de trabalho e renda da Retratar são compostas por usuários que estão em processo de alta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da rede de saúde mental desse município. Tendo seus objetivos voltados à reabilitação psicossocial e, especialmente, econômica de pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, essas oficinas refletem o que está sendo realizado no Brasil em termos de políticas sociais públicas para a inclusão social pelo trabalho e desconstrução de ações excludentes e estigmatizantes.

cluídos do mercado de trabalho: em primeiro lugar, pelo estigma da doença e, em segundo, pela própria falta de capacitação para o trabalho (Nascimento, 2009; Martins, 2009).

Nesse processo de exclusão e estigmatização dos portadores de transtornos mentais, os próprios estigmatizados tendem a apresentar as mesmas crenças sobre a sua identidade que aquelas apresentadas pela sociedade que se julga “normal”; ou seja, por serem rotulados e discriminados, eles internamente se sentem marcados e envergonhados por esses estereótipos (Goffman, 1980). O medo, a vergonha e o sentimento de desvalorização fazem com que os portadores de transtornos mentais sintam-se incapazes de serem produtivos, tanto do ponto de vista econômico quanto cultural.

Para reverter essa realidade, em 1994 foi apresentado um projeto de lei que previa a instituição de cooperativas sociais no cenário brasileiro. Estimulado pela demanda crescente proposta pelo Movimento Antimanicomial, o projeto teve como objetivo a criação de outras iniciativas de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental para a inserção dos portadores de transtornos mentais e de dependentes de álcool e de outras drogas no mundo do trabalho. Entretanto, embora o texto final do projeto tenha sido aprovado em 1999 (com a promulgação da Lei federal nº 9.867), o debate ganhou força apenas no ano de 2001, com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Desde então, os debates sobre a inserção social no trabalho ganharam a adesão do governo federal, em especial da Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, e da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego (Martins, 2009).

Se antes a relevância do trabalho no âmbito da saúde mental denotava norma moral, entretenimento ou componente terapêutico, nesse novo contexto adquiriu outro significado: aqueles que antes eram vistos simplesmente como doentes em tratamento, começariam a ser vistos como trabalhadores (Martins, 2009).

Apesar dos avanços, a luta pela inclusão social, igualdade de direitos e cidadania plena dos portadores de transtornos mentais não pode cessar. Infelizmente, a Lei nº 9.867 recebeu muitos vetos antes de sua promulgação, o que, de forma geral, impediu

a proposição de benefícios fiscais, trabalhistas e previdenciários às cooperativas sociais.

Embora uma série de eventos correlatos tenha ocorrido em todo o país com o objetivo de derrubar os vetos da Lei nº 9.867 e implementar as propostas apresentadas pela sociedade civil, parcela significativa dos empreendimentos vinculados ao campo da saúde mental ainda configura-se como organizações informais que não possuem um espaço próprio para o desenvolvimento de suas atividades. Ademais, os próprios usuários, por não angariarem uma renda significativa nesses empreendimentos e por não terem garantidos os seus benefícios sociais e seus direitos civis enquanto segmentos considerados em desvantagem, optam por não legalizá-los (Martins, 2009).

Mas, apesar dos problemas mencionados, se faz necessário destacar o vínculo que se estabelece entre profissionais e usuários nessas oficinas. Por meio do diálogo, das trocas simbólicas e da análise da realidade sociopolítica e econômica, os portadores de transtornos mentais ressignificam sua identidade e, conseqüentemente, minimizam o estigma social da doença ao participarem das oficinas de trabalho e das feiras de economia solidária.

## **Traçando o caminho metodológico: sociologia da vida cotidiana e história oral de vida**

Este trabalho inter-relacionou o campo das Ciências Sociais com o campo da Saúde Mental, pautando-se tanto na sociologia da vida cotidiana como na história oral de vida das entrevistadas.

Por meio da prática etnográfica, proposta pela sociologia da vida cotidiana, foi possível imergir no cotidiano das oficinas de geração de trabalho e renda da Retratar e, conseqüentemente, compreender o modo como as usuárias da instituição agiam e davam sentido ao seu mundo, apesar do estigma incorporado pela doença.

De acordo com Pais (2003, p. 17),

[...] a lógica de descoberta que caracteriza a sociologia do cotidiano afasta-se da lógica do “preestabelecido”, que condena os percursos de pesquisa a uma viagem programada, guiada pela demonstração

rígida de hipóteses de partida, a uma domesticação de itinerários que facultam ao pesquisador a possibilidade de apenas ver o que seus quadros teóricos lhe permitem ver.

Vale dizer ainda que o estudo da experiência cotidiana é, segundo Pais (2003), associado sempre à ideia de presente, daquilo que acontece todos os dias e que implica rotina de repetição. “À rotina relaciona-se à ideia de caminho, de rota, que, por sua vez, pode estar ligada semanticamente à ruptura, a corte, a rompimento” (Pais, 2003, p. 28). Essa perspectiva metodológica permite, portanto,

[...] uma postura de abertura ao novo e ao inusitado, além de se valer de um conjunto de instrumentos que permitem “escavar o cotidiano”, numa espécie de arqueologia que tenta descobrir o que está oculto. Dessa atitude decorrem tentativas de apreender e de compreender algo que está ali presente, em estado bruto, para ser talhado, detalhado, “escovado” (como os ossos que o arqueólogo descobre), mas que os condicionamentos arraigados às lentes interpretativas convencionais acabam por embaçar a visão e a percepção (Stecanella, 2009, p. 66).

Em relação à *narrativa*, ela também foi considerada como “um processo integrante da construção teórica e metodológica do objeto de estudo” (Stecanella, 2009, p. 71). Isso porque a fala e a memória, mesmo sendo distintas da ação, fazem parte desta como elementos constitutivos (Stecanella, 2009). É por essa lógica que o diálogo com a história oral de vida configurou-se como um facilitador para a compreensão da realidade pesquisada. Pois entendeu-se que essa realidade não representa apenas uma técnica ou um procedimento, mas, sim, um campo de influências interdisciplinares e sociais que permitiram instrumentalizar uma interpretação qualitativa relativa ao processo sociocultural e histórico dessas usuárias. A essa justificativa incorporou-se, igualmente, a compreensão de que a história oral apresenta-se como uma oportunidade singular para “dar voz aos sem voz, aqueles que normalmente não entrariam no registro histórico” (James, 2004, p. 292).

Ademais, a opção pela história oral de vida também se destacou porque

[...] se espraia nas construções narrativas que não apenas se inspiram em fatos, mas vão além, admitindo fantasias, delírios, silêncios, omissões e distorções. Seria, pois, condição exclusiva da disciplina História ser provável e à história oral ser improvável ou sensorial, porém, lembrando que o improvável também se situa no âmbito da vida social. A fantasia, a mentira, a distorção, o sonho, o lapso, o silêncio também (Meihy; Holanda, 2007, p. 34-35).

Nesse sentido, para alcançar o objetivo proposto, a pesquisadora teve o cuidado, desde o primeiro encontro, com as questões éticas do estudo prestando todas as explicações necessárias às responsáveis técnicas pelas oficinas e solicitando o consentimento das mesmas para conversar com as usuárias.

Vale ressaltar, no entanto, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFPel (Parecer nº 02/2012, de 08 de fevereiro de 2012), em conformidade com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Assim, após todos os acertos com as responsáveis técnicas, passaram a ser realizados contatos com as usuárias no decorrer das oficinas, para a apresentação do projeto e o imediato questionamento sobre o interesse de participação no mesmo. Salienta-se que sempre foi ressaltado que a desistência de participação nas oficinas por parte das usuárias poderia ocorrer em qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo a elas ou ao grupo. Nessa empreitada, a pesquisa foi guiada pelo entendimento de que quanto maior o envolvimento pessoal da pesquisadora com o grupo maior seria a sua capacidade para entender e problematizar os significados e as ações que as usuárias realizavam, bem como o contexto em que estavam inseridas (May, 2004).

Com os devidos cuidados, sempre houve a preocupação em criar um vínculo maior com as usuárias, de forma que, no momento das entrevistas, elas pudessem expor seus pensamentos e sentimentos sem se sentirem constrangidas por estarem na frente de uma pessoa desconhecida.

Para garantir a cientificidade do método e da ética do estudo, além da coleta dos dados (baseada na prática etnográfica e no depoimento oral gravado e obtido a partir da interação entre a pesquisadora e as entrevistadas), foram observadas as recomendações

de Meihy e Holanda (2007) a respeito da autorização de uso (sempre acompanhada do termo de cessão), da mesma forma como o arquivamento e, sempre que possível, a publicação dos resultados.

Portanto, no decorrer das entrevistas realizadas (que foram previamente agendadas, tomando como base os dias e horários disponíveis pelas usuárias), os objetivos da pesquisa foram novamente expostos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado para que as usuárias pudessem lê-lo e, posteriormente, assiná-lo. Após a transcrição das entrevistas, a pesquisadora retornou à casa das usuárias para que elas pudessem ler as informações transmitidas e, assim, autorizar a publicação por meio da Carta de Cessão. Nessa etapa, os nomes das técnicas do serviço, bem como das usuárias, não se tornaram públicos, conforme acordo previamente estabelecido.

A escolha por mulheres ocorreu pois dentre os 18 usuários que participavam das oficinas de geração de trabalho e renda da Retratar no ano de 2011 apenas cinco eram homens. Ademais, as mulheres observadas (todas participantes das oficinas de costura, tricô, crochê e tear) foram as únicas que, no ano de 2010, deram continuidade ao trabalho, mesmo com as atividades sendo desenvolvidas em uma pequena sala cedida pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Escola. Trata-se, portanto, de usuárias dos serviços de saúde mental na faixa etária dos 50 aos 70 anos, mães e que nasceram e moram em bairros populares do município de Pelotas, RS. A maioria dessas usuárias possuía uma baixa condição econômica e tinha, como diagnóstico médico, depressão profunda.

## **A inclusão social pelo trabalho versus a estigmatização social pela doença: relações estabelecidas entre família e sociedade**

Para Goffman (1980), o estigma adquirido refere-se a um atributo físico, psíquico ou de caráter, que torna os sujeitos diferentes ou até mesmo inferiores aos olhos dos outros considerados “normais”. De acordo

com Fernandes (2006), o estigma está relacionado a conhecimentos insuficientes ou inadequados, que levam a preconceitos, discriminação e distanciamento social da pessoa estigmatizada. Ele representa, desse modo, um empecilho tanto à inclusão social como ao fortalecimento e à construção da identidade, pois, para além do preconceito inculcado na sociedade, existe o preconceito do portador de transtorno mental em relação a si mesmo.

Muitas vezes, o medo de ser rejeitado e discriminado faz com que o sujeito que tem ou teve uma doença mental se esconda atrás de um *disfarce*, de modo a manter sua identidade secreta. Isso ocorre porque, ao assumir a sua carreira moral<sup>2</sup> enquanto portador de transtorno mental, o sujeito deixa de ser um “normal” e passa a ser um “diminuído”, desvalorizado e identificado pelo estigma.

Héstia<sup>3</sup> pode ser citada como exemplo nesse caso, pois, a primeira crise depressiva foi desencadeada após ser discriminada por sua antiga patroa e pelo próprio irmão por causa da psoríase. A usuária em questão passou a não se aceitar e, para evitar comentários maldosos acerca das feridas que se formam em sua pele, optou por escondê-las usando calças compridas e blusas de manga curta.

*Eu não tinha preconceito, mas eu mesmo fiquei com preconceito, porque eu trabalhei em um sobrado aqui e a mulher chegou aqui e me pegou de bermuda. Aí depois ela disse que eu tinha que ficar mais em casa e se eu precisasse de pomada que era cara e tudo, que eu batesse lá que ela me dava as pomadas. Mas eu disse para ela que não pegava, porque se pegasse meu filho já estava na última e meu marido também. Mas eu disse assim: Que não pega, que eu tenho braço e perna bem forte para trabalhar pra comprar o meu medicamento. E ela: Não, não, tu tens é que ficar em casa. E dali [...] eu comecei a sentir preconceito. E aí depois um dia eu tinha nas mãos, aqui assim, mas eu nunca me fraguei e eu fazia pão e o meu filho comia, o meu marido comia. Aí o [meu marido] pegou e falou, leva um pãozinho para o [teu irmão]. Parece que eu tava adivinhando, aí eu disse assim: Não, eu não vou levar. E ele: Leva, leva, leva, o [teu irmão]*

2 A carreira moral de pessoas que têm um estigma particular corresponde a um processo individual de “mudanças na concepção do eu” (Goffman, 1980, p. 30). Segundo o autor, existe uma semelhança na carreira moral de pessoas que possuem um mesmo estigma.

3 Para preservar a identidade das usuárias entrevistadas, os autores substituíram os seus nomes por codinomes.



*gosta de pão feito em casa, leva. E eu digo assim: Eu não to afim de levar. Mas peguei e levei. E quando eu cheguei lá ele pegou e me disse assim: Oh Héstia, não é preconceito, mas tu me desculpa, mas eu não vou comer o teu pão. Eu fiquei com aquele baque todo o dia, e quando eu cheguei em casa eu desmontei. Aí eu fui tomar banho e eu esfregava a minha pele, porque eu queria arrancar aquilo da pele e chorava. Olha, a primeira crise que eu tive mesmo foi essa. E eu queria arrancar a pele. E depois disso eu comecei a fazer pão na batedeira. Eu digo assim: Eu não vou mais fazer pão na mão, vou fazer pão na batedeira. E eles disseram: Ah, porque, se a gente come. E eu disse: Não, depois chega uma pessoa e vê o pão amassado e aí não vai comer [...], e na batedeira eles estão vendo que é batido [...]. E aí eu já tava com preconceito por causa da mulher, aí eu coloquei preconceito em mim mesmo [...]. Até na praia eu tenho vergonha de ir, botar maiô, essas coisas assim [...]* (Héstia).

Ao instituir sua análise por meio de conceitos específicos relacionados à informação social transmitida diretamente pelo sujeito sobre si no decorrer de contatos mistos<sup>4</sup>, Goffman (1980, p. 91) relativiza sobre o encobrimento do estigma quando ressalta que “[...] a extensão do encobrimento pode variar, de um encobrimento involuntário e momentâneo, num extremo, ao clássico tipo de encobrimento total no outro”, o que, por conseguinte, o divide em duas categorias: a dos sujeitos desacreditados e a dos desacreditáveis.<sup>5</sup>

A primeira das duas categorias refere-se aos sujeitos que apresentam aos “normais” uma discrepância visível entre a identidade social virtual e a identidade real<sup>6</sup>; já a segunda diz respeito aos sujeitos cujo estigma não é conhecido, nem perceptível para os “normais”, o que permite a manipulação da informação sobre o mesmo. No entanto, segundo o autor, toda a questão referente à manipulação do estigma está intimamente relacionada ao fato de se conhecer pessoalmente ou não o sujeito estigmatizado.

No que tange, especificamente, aos contatos mistos e à manipulação da informação, Goffman (1980, p. 27) diz que:

[...] uma vez que tanto o estigmatizado quanto nós, os normais, nos introduzimos nas situações normais mistas, é compreensível que nem todas as coisas caminhem suavemente. Provavelmente tentaremos proceder como se, de fato esse indivíduo correspondesse inteiramente a um dos tipos de pessoas que nos são naturalmente acessíveis em tal situação, quer isso signifique tratá-lo como se ele fosse alguém melhor do que achamos que seja, ou alguém pior do que achamos que ele provavelmente é. Se nenhuma dessas condutas for possível, tentaremos, então, agir como se ele fosse uma “não pessoa” e não existisse, para nós, como um indivíduo digno de atenção ritual. Ele, por sua vez, provavelmente continuará com os mesmos artifícios, pelo menos no início.

O destaque dado ao texto acima justifica-se pela transcrição clara do impasse gerado entre os estigmatizados e os ditos “normais” no decorrer de contatos mistos. Goffman (1980) acredita que, mesmo que a convivência possibilite formas de interação entre grupos antagônicos, que antes eram inexistentes, o preconceito e o menosprezo continuam a existir nesse processo, ainda que dissimulado. Isso, por sua vez, deve-se ao fato de que o estigmatizado continua sendo visto como um sujeito que possui *uma diferença indesejável*, sendo reduzido à categoria que os “normais” julgam pertencente a ele.

Exemplos dessa problemática estão nas falas das usuárias sobre a existência do preconceito e da discriminação, especificamente, para com o portador de transtorno mental, tanto na família como na sociedade.

*Já me senti discriminada por causa da minha depressão até na minha própria família. Eles dizem*

4 Contatos mistos são definidos como “momentos em que os estigmatizados e os ‘normais’ estão na mesma ‘situação social’, ou seja, na presença física imediata um do outro, quer durante uma conversa, quer na mera presença simultânea em uma reunião informal” (Goffman, 1980, p. 22).

5 Embora de maneiras diferentes, ambas as categorias empregam uma variedade de estratégias para lidar com a complexidade das informações que projetam aos outros ditos “normais”.

6 De acordo com Goffman (1980) a identidade social virtual caracteriza-se pelo caráter distintivo imputado ao sujeito pelos “normais”, ao passo que a identidade real refere-se à categoria e aos atributos que o sujeito, na realidade, prova possuir.

*assim: Ah! É louca, não da bola que é louca! E assim, as próprias pessoas, vizinhos e coisa assim: Ah! Ela se trata no CAPS, ela é louca! Eles acham que se tratar no CAPS é pra louco. Tem muito isso, eu vejo muito falarem sobre isso aí. E eu já ouvi muito me falarem coisas assim, e eu tentei, quando falaram para mim eu tentei até explicar, mas as pessoas não... acho que não entra na cabeça deles. Isso acontece tanto na família como com gente de fora (Athena).*

*Logo que eu fui para a Retratar a minha família dizia: Ai, tu vais ficar mais louca do que tu já tá. Se tu tá ruim, tu vais ficar louca, eles diziam. Só que eu dizia: Gente, aquilo lá não é de louco, é de pessoas que têm dificuldade, têm depressão e coisas assim. Os mais doentes são da reciclagem, mas o trabalho deles é tão bonito que ninguém diz que é uma pessoa doente que faz. E eles sempre falavam a mesma coisa. Mas depois que eu comecei a fazer minhas telas e trazer para casa, aí eles viram que não é só pessoa louca, porque pessoa louca não faz aquilo ali. Mas no começo tinha, eles achavam que era pior para mim, que eu ia ficar muito pior porque eu tava lidando com pessoas doentes da cabeça. Eu fui porque a psicóloga mandou eu ir [...]. No começo eu me sentia discriminada pela minha família mesmo, filhos, nora e genro, mas depois que eles viram como é tudo, né?! Que louco não fazia as coisas que eu fazia, e quanta gente tinha comigo, então eles viram que não é assim [...] (Artemis).*

*Eles queriam que eu saísse de lá da Retratar, porque eles achavam que a Retratar não era lugar para mim, que era para pessoas mais doentes e tudo. Mas aí eu fiquei pensando, sair de lá... A gente acaba ficando dentro de casa, pensando na vida e não vê saída e fica naquela. Porque trabalhar eu não trabalho mais. Uma que eu tenho preconceito com as minhas psoríases. E trabalhar em casa de família, eu mesmo estava dizendo, eu acho que eu não consigo limpar a minha casa direito porque eu já tenho trauma de limpar a casa dos outros [...]. Enquanto eu não era casada tudo bem, mas depois tu faz lá e a mesma coisa que tu faz lá, tu faz em casa. E tu fazendo outro tipo de serviço é bem diferente. Aí eu pensei, eu vou levando. E depois se eu to na Retratar pelo menos eu to com gente, mas se eu não to na Retratar é como tu viu agora, meu marido tá lá nos fundos mexendo*

*na horta, minha nora tá lá nos fundos na casa dela, e eu to aqui, sozinha. E ao menos lá na Retratar (às vezes as pessoas não estão muito de conversa, eu to meio quieta, todo mundo fala) a gente sabe que tá ali com um monte de gente, que de vez em quando dá umas risadas [...] (Héstia).*

Essas narrativas, a propósito, alertam novamente para um jogo social que se estabelece em torno da identificação e da diferenciação dos sujeitos estigmatizados com os ditos “normais”, pois, conforme Souza (2002), busca-se a inclusão do portador de transtorno mental, mas ela ocorre de forma perversa, pois, dentro da dialética exclusão/inclusão, esse sujeito acaba sendo incluído a partir da discriminação. Os referidos autores destacam que a sociedade excluiu para incluir e essa transmutação é a condição da ordem social desigual, o que implica no caráter ilusório da inclusão (Sawaia; Namura, 2002).

Dentro desse contexto e de acordo com Lima (2010), o reconhecimento perverso pode ser definido como a redução dos papéis e dos personagens que compõem a identidade dos portadores de transtornos mentais em algo fetichista e estigmatizado. Nesse sentido, o reconhecimento perverso desconsidera a história de vida e o contexto em que o portador de transtorno mental está inserido e defende que a doença (resultantes de infinitas variáveis tais como desemprego, fome, abandono etc.) é uma loucura individual.

Como mencionado anteriormente, o diagnóstico estigmatiza a existência do sujeito, submetendo-o a uma posição determinada por essa nova condição identitária (Lima, 2010). Ele influencia a forma como esses sujeitos são percebidos e acolhidos pela sociedade, pois, ao receberem o diagnóstico de transtorno mental, os usuários deixam de ser vistos como “normais” (como aqueles que tudo podem fazer), e passam a ser vistos como loucos (que têm limitações para a realização de determinadas atividades – físicas ou intelectuais). Ao longo desse processo, a dimensão subjetiva da exclusão gera um sofrimento pouco verbalizado pelos portadores de transtornos mentais, mas que se faz presente como uma condição vivenciada e sentida pelos mesmos (Sawaia; Namura, 2002).

Por sua vez, Nascimento (2009) destaca que, embora a proposta atual seja a de pensar na inclusão



social para todos os cidadãos (independentemente de seus estigmas), ela ainda apresenta problemas graves no que tange à falta de investimentos adequados à infraestrutura, à capacitação de profissionais e à promoção de informações objetivas sobre a realidade das doenças mentais. E isso é reflexo da reestruturação produtiva e da acumulação flexível (impostas com a transição do fordismo/taylorismo para o toyotismo) que incidiram diretamente sobre as relações de produção e, conseqüentemente, sobre todas as relações sociais. De acordo com Antunes (2010), as transformações ocorridas no capitalismo recente no Brasil, particularmente na década de 1990, desencadearam a flexibilização do trabalho, a desregulamentação dos direitos trabalhistas e o enfraquecimento do poder político. Como alternativa à exploração da força de trabalho (no setor formal e informal) ao desemprego e à exclusão social, as organizações sindicais e os governos são desafiados a se envolverem com a organização de novas formas de geração de trabalho e renda.

É designadamente daí que decorre a importância da articulação entre os campos da saúde mental e da economia solidária, no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, visto que esta não representa apenas “uma opção ética, política e ideológica” (Brasil, 2005, p. 11), mas também uma luta constante desses movimentos em prol de políticas sociais públicas para o fomento de novas práticas de inclusão social por meio do trabalho para a população de excluídos. Isso porque, se não houver a possibilidade de implementação de cooperativas sociais ou de oficinas de geração de trabalho e renda, dificilmente esses sujeitos, que têm comprometidas suas funções sociais, cognitivas e afetivas, conseguirão ser incluídos novamente no mercado de trabalho capitalista (mesmo que precariamente).

Nesse sentido, se por um lado as cooperativas e oficinas de geração de trabalho e renda reproduzem a lógica da terceirização e da precarização das relações de trabalho (Antunes, 2010), por outro, passam a ser um importante instrumento de resistência ao atual contexto de exclusão (Andrioli, 2002).

Segundo Singer e Souza (2000, p. 27),

[...] para pessoas humildes, que sempre foram estigmatizadas por serem pobres – sobretudo mulheres e negros, vítimas da discriminação por gênero e

raça – a experiência cooperativa enseja verdadeiro resgate da cidadania. Ao integrar a cooperativa, muitos experimentam pela primeira vez em suas vidas o gozo de direitos iguais para todos, o prazer de poderem se exprimir livremente e de serem escutados e o orgulho de perceber que suas opiniões são respeitadas e pesam no destino coletivo.

Amarante (1997, p. 176), por sua vez, afirma que:

[...] se por um lado, o trabalho nas cooperativas surge como construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas, de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos.

Nesses espaços, os profissionais da saúde têm como principal objetivo fortalecer a autonomia dos usuários, reconhecer suas potencialidades, viabilizar a criação de vínculos e promover a construção de sua cidadania e a emancipação pessoal. Esse profissional desafia o discurso vigente e a ordem estabelecida e potencializa práticas que Lima (2010) chama de reconhecimento pós-convencional, definido como aquele que permite ao portador de transtorno mental a encenação de outros personagens, promovendo alteridade e fragmentos de emancipação.

A relevância dessas considerações fica evidente quando, na fala das usuárias, o grupo é concebido como uma oportunidade singular de conviver com pessoas que compartilham dos mesmos problemas e doenças e lhes aceitam como tal. A importância que os valores éticos e afetivos adquirem na vida das usuárias corrobora com o sentimento de família.

*A Retratar para mim é muito legal [...] as gurias para mim é uma família. Ainda um dia desses nós fomos almoçar todas juntas e nós dissemos: Bom, hoje nós vamos almoçar em família. Porque estava a Héstitia, a Artemis, a Hera, eu, o seu Zeus, todos almoçando juntos, né?! Então para mim é como se fosse a minha família. Eu gosto delas, adoro todas elas. Tanto as gurias como as técnicas, todo o pessoal de lá, né?! Eu acho assim, uma família, porque a gente convive o dia-a-dia juntas, muitas vezes mais do que com a própria família (Atena).*

*“A Retratar é uma família! Mas é assim, se eu to bem, eu vou para a Retratar e me sinto bem mesmo, brinco com as gurias, me dou com todas muito bem; é com eu te disse, a gente é uma família, se dá muito bem mesmo, tá sempre brincando e tudo (Artemis).*

Ao serem reconhecidas pelo trabalho desenvolvido nas oficinas, essas mulheres ressignificam sua identidade, elevam sua autoestima e minimizam a estigmatização social pela doença. Para elas, o grupo assume a representação de uma segunda família, e isso acontece porque, ao contrário da própria família, que em alguns momentos deixou de cumprir suas obrigações morais (quebrando a reciprocidade necessária entre pessoas do mesmo sangue), o grupo: lhes acolheu (vendo a doença com normalidade); lhes capacitou para a execução de novas atividades; e lhes destacou qualidades e habilidades até então desconhecidas.

Assim, apesar da tristeza sentida em decorrência do preconceito emanado pela sociedade e pela própria família, a identificação com o grupo e com o trabalho que passa a ser desenvolvido nas oficinas de geração de trabalho e renda da Retratar adquire centralidade em suas vidas, na medida em que lhes proporciona tanto a troca de conhecimentos e experiências, como a troca de sentimentos de amizade, de parceria e de afeto. Ao verem seu trabalho reconhecido e suas limitações respeitadas, essas mulheres têm sua identidade positivada e seu destino social novamente alterado.

Ademais, é a representação que se faz sobre o trabalho enquanto valor moral, em contraposição à diferença e à desvalorização conferida ao ócio e à própria doença, que positiva a identidade das usuárias e lhes proporciona segurança ou desenvoltura no momento da interação com os ditos “normais” no decorrer das feiras de Economia Solidária que ocorrem no município de Pelotas. É como se a condição de sujeito, que está abalada devido à estigmatização social pela doença, fosse ressignificada nesses momentos em que a identidade de trabalhador é a que se sobressai.

## Conclusão

Conforme mencionado nos relatos, a inclusão social pelo trabalho exerce papel de suma importância no processo de redução do estigma social pela saúde mental. Com o objetivo de propiciar a inclusão so-

cial pelo trabalho do portador de transtorno mental, as cooperativas sociais e as oficinas de geração de trabalho e renda, além de disseminarem conhecimentos adequados sobre o assunto, propiciam um ambiente para troca de experiências e vivências, permitindo que os sujeitos que compartilham da mesma problemática passem por um processo de autoafirmação, construção de redes sociais e ressignificação de uma concepção da identidade para uma representação das diferenças.

Nesse processo, ressalta-se também a função dos profissionais implicados nesta tarefa, que é de objetivar a sua própria subjetividade particularmente diante do entendimento dos significados da produção científica e das suas mudanças: que áreas do conhecimento, ou ciências, podem dar conta de compreender, explicar e propiciar condições de intervenção que amenizem o sofrimento psíquico das pessoas?

Fica evidente nesse processo, que somente criar leis não é o suficiente: é necessário, acima de tudo, que os sujeitos alterem a forma de olhar as coisas e modifiquem sua prática (Nascimento, 2009). Isso porque as consequências para os sujeitos que sofrem com o estigma são muito sérias e sua discriminação causa inúmeros danos, como, por exemplo, baixa autoestima, baixa autoconfiança e baixa qualidade de vida. O portador de transtorno mental sofre com sua identidade desacreditada, por isso é essencial a necessidade do diálogo e da continuidade das lutas visando à aceitação da diversidade e a inclusão social pelo trabalho.

## Referências

- AMARANTE, P. D. C. *Loucura, cultura e subjetividade*: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Lemos Editorial: 1997.
- ANDRIOLI, A. I. Cooperativismo: uma resistência à exclusão. *Revista Espaço Acadêmico*. São Paulo, n. 19, p. 21-28, dez. 2002.
- ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a nova era da precarização estrutural do trabalho? *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 107, p. 405-419, jul./set. 2011.

- ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 28, n. 81, p. 38-53, 2014.
- BRASIL. Ministério da 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.
- FERNANDES, P. T. Percepção de estigma na epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, Porto Alegre, v. 12, n. 4, p. 207-218, 2006.
- GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- JAMES, D. Contos narrados nas fronteiras: a história de Doña María, história oral e questões de gênero. In: BATALHA, C. H. M.; SILVA, F. T.; FORTE, A. (Org.). *Culturas de classe*. Campinas: UNICAMP, 2004. p. 287-316.
- LIMA, A. F. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso*: a identidade na perspectiva da psicologia social crítica. São Paulo: Fapesp: Educ, 2010.
- MARTINS, R. C. A. *Cooperativas sociais no Brasil*: debates e práticas na tecitura de um campo em construção. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009.
- MAY, T. *Pesquisa social*: questões, métodos e processos. Porto Alegre: ARTMED, 2004.
- MEIHY, J. S. B.; HOLANDA, F. *História oral*: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.
- NASCIMENTO, M. A. *Erving Goffman, as interações no cotidiano escolar, desvendando o estigma dentro da inclusão escolar*. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Humanidades e Direito da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2009.
- PAIS, J. M. *Vida cotidiana*: enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.
- SINGER, P.; SOUZA, A. R. *A economia solidária no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.
- SOUSA, S. M. G. O trabalho infantil e o sofrimento ético-político. In: SAWAIA, B. B.; NAMURA, M. R. (Org.). *Dialética exclusão/inclusão*: reflexões metodológicas e relatos de pesquisas na perspectiva da psicologia social crítica. São Paulo: Cabral, 2002.
- STECANELA, N. O cotidiano como fonte de pesquisa nas ciências sociais. *Conjectura*, v. 14, n. 1, p. 63-75, 2009.

---

### Contribuição dos autores

Volz foi responsável pela concepção e condução do estudo. Tomasi e Saes foram responsáveis pela revisão bibliográfica. Duro e Nunes realizaram a revisão final do manuscrito. Bruck e Facchini orientaram o trabalho.

Recebido: 03/02/2014

Reapresentado: 08/08/2014

Aprovado: 15/09/2014