



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Jorge Bessa, Maria Salete; Bezerra Moreira Rolim, Maria Luciene  
Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais  
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 13, núm. 4, outubro-dezembro, 2004, pp. 551-558  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413407>

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

redalyc.org

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

## INCLUSÃO E EXCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL NO TRABALHO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

SOCIAL INCLUSION AND EXCLUSION OF THE MENTALLY ILL IN WORK: SOCIAL  
REPRESENTATIONS

LA INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL TRABAJO:  
REPRESENTACIONES SOCIALES

*Maria Salete Bessa Jorge<sup>1</sup>, Maria Luciene Moreira Rolim Bezerra<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde. Pesquisadora 2c do CNPq.

<sup>2</sup> Assistente Social. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Prefeitura Municipal de Fortaleza.

**PALAVRAS-CHAVE:**  
Saúde Mental. Trabalho.  
Representação social.

**RESUMO:** A segregação e exclusão foram secularmente o caminho mais percorrido por quem padecia de transtorno mental no modelo de tratamento de cunho asilar, trazendo danos na vida de quem se encontrava com tais enfermidades. Na atualidade, as antigas concepções começam a ser ressignificadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, que reavalia o antigo paradigma da segregação e apresenta novas proposições calcadas na habilitação psicosocial dos sujeitos adoecidos mentais. Neste contexto, o objetivo da pesquisa consistiu em apreender as representações sociais acerca do trabalho no adoecer mental. O estudo tem por fundamento a Teoria das Representações Sociais e como campo empírico dois centros de atenção psicosocial (CAPS) de Fortaleza – Ceará. Os sujeitos informantes foram sete usuários e oito profissionais dos referidos CAPS. Como considerações do estudo, tem-se que as relações entre o mundo do trabalho e o adoecer mental continuam silenciadas, ocorrendo sob a visão do preconceito e da lógica da incapacidade historicamente construída.

**KEYWORDS:**  
Mental Health. Work.  
Social representation.

**ABSTRACT:** Segregation and exclusion were traditionally the ways more trodden by those that suffer mental disorder in the model of treatment by asylum, bringing injuries to the life of who is suffering this disease. Nowadays, the ancient conceptions are starting to be re-told through the movement of psychiatric renewal, that resee the ancient paradigm of segregation and present new propositions based upon psychosocial habilitation of the mentally sick subjects. In this context, the objective of the research was to understand the social representations about the work in the sick. The study was founded upon the Theory of Representations and as empirical field two Centers of Psychosocial Attention(CAPS) of Fortaleza-Ceará. The subjects were seven users and eight professionals of the mentioned CAPS. As considerations we observed that the relations among the world of work and the mental sickness remain silenced, occurring through prejudice and the historically built logic of incapacity.

**PALABRAS CLAVE:**  
Salud Mental.  
Trabajo. Representación social.

**RESUMEN:** La separación y la exclusión fueron los principales caminos recorridos por aquellos que sufrian de trastornos mentales y recibian tratamiento en un asilo, ocasionando daños en la vida de aquellos que se encuentran con estas enfermedades. En la actualidad, las antiguas concepciones iniciaron a ser ressignificativas a través del movimiento de la reforma psiquiátrica, el cual revisa el antiguo paradigma de la separación y presenta nuevas proposiciones con énfasis en la habilitación psico-social de los sujetos con enfermedades mentales. En este contexto, el objetivo de la investigación consistió en aprehender las representaciones sociales sobre el trabajo en la enfermedad mental. El estudio tiene como base la Teoría de las Representaciones y como campo empírico dos Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de Fortaleza-CE. Los sujetos informantes fueron siete usuarios y ocho profesionales de los mismos (CAPS). En las consideraciones se tiene que, las relaciones entre el mundo del trabajo y la enfermedad mental continúan silenciosas, bajo el preconcepto y la lógica de la incapacidad histórica construida.

Endereço  
Maria Salete Bessa Jorge  
Rua Dr. José Lourenço, 2835, apto. 101  
60115 282 - Fortaleza, CE  
E-mail: cfsb@fortalnet.com.br

Artigo original: Pesquisa  
Recebido em: 15 de maio de 2004  
Aprovação final: 24 de setembro de 2004

## A TEMÁTICA

A pesquisa tem como temática o trabalho das pessoas acometidas por transtornos mentais, no contexto da Reforma Psiquiátrica, que se esboça na área de saúde mental. Neste vasto campo da denominada Reforma Psiquiátrica, despontam possibilidades para os que padecem de transtornos mentais. A proposta contempla uma reorientação do antigo modelo hospitalocêntrico, de tradição “cronicizante” e incapacitante, para implantação de práticas de habilitação psicosocial, pautada na lógica da cidadania dos portadores de adoecimentos mentais.

Esta Reforma inicia-se em alguns países, como Itália e França, quando a base que sustentava o modelo asilar se tornou anacrônica, não cabendo mais pensar o sujeito a partir da doença, dissociado o corpo da mente, considerando pouco ou nenhuma das suas forma de expressão. Os isolamentos dos manicômios tornaram-se caminhos sem volta, privando os adoecidos mentais do convívio de familiares e da comunidade em momento de fragilidade emocional, e ainda os submetendo a terapias violentas e desumanas, como administração de medicamentos em dosagens elevadas, camisas-de-força, eletrochoque, entre outras.

Na proposta da Reforma os conceitos são ressignificados. A doença, antigo foco do cuidar, cede espaços para a saúde, pensada de forma processual, dimensionando as expressões da condição da vida humana em determinada sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diversas competências dos sujeitos para enfrentar desafios, agressões, conflitos e mudanças sociais.

Percebemos, assim, que corpo e mente se mesclam de forma sinérgica para expressar a saúde ou doença. A intenção é romper com a dicotomia enraizada culturalmente na sociedade, cujas patologias mentais eram dissociadas dos estados biológicos e sociais do sujeito. O ser humano passa a ser pensado na sua integralidade, não apenas como corpo físico depositário das patologias orgânicas, sem a contextualização do adoecer ou, ao contrário, como mente dissociada das condições de produção da existência.

Acrescenta-se que “os efeitos culturais marcam tanto a pessoa, imprimindo-lhe sentidos existenciais, quanto aos seus cuidadores. Na perspectiva da pessoa enferma, a doença traz um impacto no fluxo de sua vida cotidiana [...]”<sup>1: 149-50</sup>.

Deste modo, inicia-se uma discussão acerca de outras possibilidades de tratamento conforme tais princípios. O estigma construído em torno dos trans-

tornos mentais começa ser repensado, pois as antigas concepções cenciam possibilidades além do adoecer, numa relação em que a doença assume a identidade social do sujeito que vive e, ao que padece do mal, restavam as classificações dos códigos da loucura, gerando um problema de ordem socio-econômica preocupante, já que os tratamentos não contemplavam possibilidades de habilitação e as pessoas doentes deixavam de “viver suas vidas como um conjunto de escolhas e mediações, para transitar sobre elas como uma enfermidade”<sup>2:30-2</sup>.

Para romper com essa identidade atribuída aos portadores de transtornos mentais, a lógica centra-se na habilitação psicosocial como condição essencial, por meio da construção de uma rede de possibilidades que explore a autonomia dos que estão em tratamento e ainda promovem trabalhos de desconstrução dos rótulos atribuídos à doença mental, e, portanto, a aceitação social, pois, no modelo anterior, o sujeito com história de transtorno mental enveredava pelo caminho da incapacidade. Em virtude do preconceito enraizado culturalmente, a sociedade não lhe permitia retornar ao convívio social.

A necessidade de desmistificar as visões acerca das doenças mentais torna-se preocupação socioeconômica quando as pesquisas dos organismos internacionais, passam a divulgar as perdas dos trabalhadores em decorrência de adoecimentos mentais, haja vista as psicopatologias que acometerem os indivíduos em seu limiar produtivo, na faixa etária compreendida entre os 20 e 40 anos, prevalecendo um retorno incerto à vida e ao trabalho, ensejando uma série de danos para a sociedade<sup>3</sup>.

Essa situação desalentadora é demonstrada pelos dados da Organização Mundial de Saúde, ao revelar que, no ano de 1988, 12% das mortes e perda da capacidade produtiva da população mundial foram decorrentes de transtornos mentais e a estimativa para o ano de 2020 é de um crescimento em torno de 3%, passando a 15% e ocupando o 2º lugar no perfil de morbimortalidade da população mundial.

Se pensarmos a saúde-doença mental de forma processual, conforme conceituamos anteriormente, podemos perceber que as raízes deste perfil assustador são amplas, envolvendo até questões estruturais, como o crescimento do desemprego, aumento da jornada de trabalho, precarização dos seguros sociais, entre outras, que fragilizam os sujeitos sociais e afetam a sua integridade física e mental<sup>3</sup>. Por outro lado, percebemos, ainda, os dados como denunciantes da ineficiência das formas de tratamento tradicionalmente

utilizadas, com base no antigo modelo hospitalocêntrico, cuja lógica asilar tornou-se responsável pela segregação das vítimas de transtornos mentais do convívio social, reforçando a incapacidade das pessoas em tratamento.

Diante do contexto, a pesquisa tem como objetivo principal apreender as representações sociais de trabalhadores e usuários acerca do trabalho no adoecer mental.

## METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa com eixo teórico nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais<sup>4,5</sup>. Esta proposta ganha adeptos e desdobramentos no campo das representações sociais da pesquisadora Denise Jodelet, que teve o mérito de acrescentar à teoria a visão psicossociológico.

Na sua visão, as representações sociais constituem conhecimento prático, construído socialmente no cotidiano para dar sentido à realidade, permitindo aos indivíduos estabelecerem comunicação em grupo orientou-se em mundo material e social. O conhecimento nas representações sociais é dinâmico e revestido de criatividade, não se limitando a copiar a realidade, já que sua construção encontra-se sempre na relação entre as instâncias objetivas-subjetivas e coletivas-individuais<sup>5</sup>.

O estudo teve por campo empírico dois CAPS da cidade de Fortaleza. A escolha dos CAPS ocorreu em virtude da natureza do trabalho de habilitação psicossocial. Estes dispositivos assistenciais foram criados para desenvolver as estratégias de desospitalização defendidas pelo movimento de reforma psiquiátrica, em cujos objetivos encontra-se a inserção social dos seus usuários no trabalho.

Os sujeitos do estudo foram usuários e profissionais componentes da equipe mínima de trabalho do CAPS, perfazendo um total de 15 entrevistados (sete usuários e oito profissionais), totalizando 12 horas de gravação. Foram escutados os seguintes profissionais: um assistente social, um enfermeiro, três psicólogos, um psiquiatra e dois terapeutas ocupacionais.

Em relação aos usuários, adotamos critérios de inclusão, excluindo portadores de psicoses, com finalidade de não expor sujeitos sem condições plenas de expressar sua vontade. Deste modo, foram entrevistados sete usuários dos dois CAPS mencionados.

Após a conclusão das entrevistas, iniciamos o trabalho de transcrição. Identificamos os sujeitos com

códigos numéricos (usuários de 1 a 7 e profissionais de 1 a 8). Durante a transcrição houve o respeito ao conteúdo das entrevistas, transcrevendo-as na íntegra, conforme a permissão dos sujeitos mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido preconizado pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que trata da ética nas pesquisas envolvendo seres humanos<sup>6</sup>. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, recebendo parecer favorável.

Os depoimentos foram interpretados à luz da análise de conteúdo categorial, o que nos possibilitou adentrar no universo simbólico dos sujeitos para descobrir suas representações sociais em torno do tema<sup>7-8</sup>. Os passos adotados foram: organização do *corpus*, leitura flutuante, escolha das unidades de análise – unidade de registro – frase e unidade de contexto – o parágrafo, recortes dos trechos das falas, formação de subcategorias, realização de comparações por analogia, semelhanças e diferenças das subcategorias com a finalidade de construir as categorias, as quais são significativas das representações elaboradas pelos participantes. Assim, mostramos as representações elaboradas acerca do trabalho nos discursos dos entrevistados, discutidas nas multiplicidades das dimensões, definidas em suas subcategorias.

## REPRESENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO FRENTE AO ADOECER MENTAL

Neste espaço, contemplamos os sentidos apresentados pelos sujeitos do estudo em relação a ser inserido ou excluído do trabalho, como sentem, pensam e agem no cotidiano em meio às representações construídas na alteridade acerca do adoecer mental.

### Categoria: ser excluído do trabalho

A sensação de ser e viver em exclusão traz sofrimentos psíquicos, sobretudo para quem após o adoecimento mental tenta construir possibilidades de trabalho em uma sociedade fechada aos diferentes.

As verbalizações em torno das dificuldades apreenderam nas subcategorias “viver dificuldades”, “preconceito” seguido por “incapacidade” e “isolamento social”.

Conforme percebemos, as quatro subcategorias se somam na compreensão do sentido de ser excluído do trabalho quando se porta algum transtorno mental, trazendo consigo sentimentos que minimizam a dignidade do ser humano.

### ***Viver dificuldades***

As dificuldades da exclusão do trabalho são complexas, incluindo os aspectos financeiros, psíquicos, físicos e sociais, como podemos constatar na seguinte fala:

*[...]ah, me dá uma tristeza, é como se eu fosse uma pessoa inútil. Porque como eu não trabalho, eu não tenho renda e como eu não tenho renda tenho que depender dos outros, então, eu dependo das minhas filhas. Não tenho como trabalhar. Eu queria isso, ter o meu dinheiro, pra comprar. Eu compro, mas quem vai pagar são elas. Não é o meu dinheiro. Não tenho o prazer de pegar o meu dinheiro e comprar o que eu quero (Usuário 3).*

Surge no relato o sentimento de tristeza ante a dificuldade de depender dos outros, como se o respondente não fosse capaz de prover sua subsistência, o que leva o entrevistado a se caracterizar como inútil. Por outro lado, encontra-se a representação do dinheiro como desejo, capaz de proporcionar prazer. A expressão do “meu dinheiro” parece carregada de sentidos, como se tivesse valor simbólico maior por ter sido conseguido com o próprio mérito, por ser fruto do trabalho ou de um desejo que se faz recusar.

Sobre esse desejo, ao discorrer acerca do termo dinheiro, particularmente sobre a representação do dinheiro, acrescenta-se: “[...] o desejo provoca uma tensão na relação sujeito com o objeto, impedindo a fruição imediata. Essa tensão fragmenta a unidade germinal do sujeito e do objeto. Nesse momento o ego se destaca do objeto e dos acontecimentos mentais do sujeito, tornam-se distanciados do mundo físico deste objeto, embora irremediavelmente ligados a eles através do símbolo. A objetivação se exerce, portanto, sobre o objeto que se encontra afastado do desejo”<sup>9,76-6</sup>.

Diante de um desejo latente e da negação do acesso ao trabalho, os acometidos por transtornos mentais passam a conviver com os sofrimentos e as dores da rejeição. Esses sentimentos podem ser percebidos nos relatos a seguir:

*[...]humilhada, porque a gente não tem chance, porque você já tem depressão por causa de problema de família, a situação financeira que a gente vive num país desse, você fica altamente de baixo astral (Usuário 5).*

*[...] eu me sinto rejeitada, porque sou uma profissional, mas devido a esse problema que eu tenho de depressão, as empresas. [...] eu já perdi de trabalhar fora por causa da minha depressão. É que os médicos nunca aceitaram isso como se fosse uma doença, eu tinha que trabalhar, trabalhar, e eu acabei me afastando [...] (Usuário 4).*

A exclusão é expressa como dificuldade enfrentada no cotidiano em relação à questão financeira e falta de oportunidades, pois o excluído do trabalho tem sua subsistência comprometida e, se essa exclusão é ocasionada por doença mental, parece assumir um significado mais doloroso, em virtude do adoecer mental ser alvo de várias outras exclusões sociais ou, por outro lado, desconsiderado por ser uma patologia que não apresenta sintomas físicos visíveis, como na fala do usuário 4. Assim, os entrevistados percebem as dificuldades da exclusão como rejeição e humilhação, dois sentimentos com dolorosas conotações para o ser humano.

“A rejeição encontra-se quase sempre associada aos sentimentos de perda, falta de amor, desvalorização, perda da auto-estima e frustração”, algo que deprecia a auto-imagem<sup>10,117</sup>.

Os componentes das equipes de saúde mental partilham as dificuldades pela exclusão, como mostra a fala:

*[...]depois que ele é notificado, é uma coisa que não deveria, mas é muito, difícil, difícil mesmo. A nossa vivência, a nossa realidade é muito dura com esses pacientes, já considerando a dificuldade do trabalho em si. Vejo até doméstica mesmo, quando uma doméstica está tomando uma simples dose de Diazepam de 5mg e a patroa sabe que ela toma, já dispensa (Profissional 8).*

A partir do momento do diagnóstico, os adoecidos por transtornos mentais começam a sentir as dificuldades da exclusão e a viver a não-aceitação, revelada no comportamento de evitação da sociedade, cristalizado na cultura e no imaginário coletivo acerca da doença mental. Percebemos ainda, na repetição do termo “difícil”, de que modo os profissionais lidam com a situação. Esta vai além da questão cultural para penetrar as dificuldades do desemprego, traduzido como questão estrutural da sociedade. Se existe uma massa de desempregados “normais”, a exclusão dos portadores de problemas torna-se agravada.

Na percepção dos profissionais, a exclusão do trabalho origina seqüelas no estado emocional de quem a vivenciou, conforme o depoimento:

*[...]a rejeição causou um trauma tão grande na pessoa [...] que ela não pode voltar a trabalhar em qualquer outro canto, menos naquele canto que ela trabalhava, que amava o que fazia, adorava o trabalho, mas ela, pela rejeição não tem mais condições nenhuma de voltar para lá. E aí sim ela não tem estrutura mesmo. Ela é capaz de surtar se voltar pra lá (Profissional 2).*

A rejeição apresenta-se como forma de exclu-

são, significando ruptura com um espaço de trabalho, negando antigos laços de afetividade e apontando para possibilidades de desestruturação emocional em um possível retorno.

A exclusão provoca uma progressão de rupturas sem retorno com três tipos de relações fundamentais: o primeiro tipo é dos vínculos sociais (como as representações sociais próprias a uma determinada sociedade); o segundo as ligações comunitárias (laços e relações de afeto e parentesco) e o terceiro os nexos individuais (capacidade de comunicação com o exterior), todos importantes para quem se encontra fragilizado emocionalmente em decorrência de uma doença mental<sup>11</sup>.

### **Preconceito**

O preconceito como limite para inclusão no trabalho foi expresso em relação ao aceite social dos adoecidos mentais nos espaços de trocas coletivas, e na intolerância em relação aos diferentes, como aqueles que não seguem as condutas socialmente estabelecidas, segundo relatos abaixo:

*[...]se tiverem acesso, vai existir alguém que vai ter preconceito, vai ter alguém que vai ficar em cima, achando que porque a pessoa passou por aquilo não vai ter condições de fazer (Profissional 2).*

*As pessoas convivem até com doenças infecto-contagiosas com certo temor, mas doença mental parece ser a pior doença infecto-contagiosa que existe, ninguém quer conviver com o paciente sem saúde mental. Imagine como se [...] Acho que porque a saúde mental foi muito pesada no início [...] A forma como seguiu a saúde mental [...] naquela época eram todos possuídos pelo demônio(Profissional 8).*

As verbalizações referentes ao preconceito aparecem como consenso na fala dos profissionais, ao se reportarem aos acomodados por estas doenças para quem vive um transtorno mental.

O preconceito é definido por Jodelet<sup>12</sup> como um prévio julgamento, sem a devida análise das situações ou sujeitos em questão, acarretando assim erros em campos específicos. Encontra-se inserido na “classe das atitudes”, comportando a dimensão cognitiva, asserções em relação aos objetivos e estereótipos, e ainda uma dimensão afetiva relacionada às interações e valores vigentes.

Nos relatos, percebemos sentido semelhante ao conceitado anteriormente, acrescentando-se as raízes histórico-culturais, permeadas no tecido social acerca das doenças mentais. Os profissionais se reportam à dificuldade de convívio social com o portador de trans-

torno mental que ultrapassa o terreno da realidade. Inicialmente expressam a preocupação em relação ao temor do outro em face de uma doença mental, algo que deve ser expurgado como a pior doença infecto-contagiosa, mostrando o medo do que não se conhece e deve ser evitado. Em seguida entram no mundo dos estereótipos construídos em torno da loucura, ancorada como possessões demoníacas, buscando respostas no pensamento enraizado culturalmente, pois apenas no plano sobrenatural existe explicação para relações de hostilidade.

Essas concepções persistem cristalizadas no imaginário coletivo. Mesmo a despeito das mudanças que começam a se delinejar no campo da saúde mental, as rupturas com as antigas imagens são lentas, mas desportam como possibilidades, à medida que o Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>6</sup> e o Ministério da Saúde<sup>13</sup> recomendam a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças ocasionadas pelas doenças mentais.

### **Isolamento social**

O isolamento social foi relatado pelos profissionais como uma extensão da ociosidade, quando em decorrência da doença o sujeito fica excluído do processo de trocas afetivas e sociais no seu meio.

*Eu acho que a grande doença mental é a ociosidade. O paciente que teve uma atividade, que teve um surto, que foi repetindo, se ele não conseguir se encaixar num retorno profissional, se ele era um bom, sabia, tinha consciência, valorizava seu trabalho, então eu digo o seguinte: se ele não conseguir se readaptar ele vai ser um paciente psicótico eterno [...] porque ele acha o seguinte: não tem mais sentido a vida. E de fato o grande sentido da vida é o trabalho (Profissional 8).*

*O esquizofrônico cada vez mais se distancia do outro. A tendência dele é cada vez mais se distanciar, então a gente tem que resgatar essa coisa dele, esse relacionamento dele com o outro, pra poder um dia a gente pensar dele voltar ao trabalho (Profissional 6).*

A preocupação com a ociosidade e a sociabilidade dos adoecidos mentais está presente nos relatos, na definição do profissional 8, que vislumbra o trabalho como sentido da vida. O fato de ser excluído é condição para ser um doente eterno, algo como ser psicótico, alguém que vive em um mundo próprio e tem sua sociabilidade limitada pela doença.

A psicose é fruto “de uma exclusão tão acentuada que o indivíduo se escondeu para se preservar,

para tentar estar neste mundo que lhe faz tantas exigências inalcançáveis, que lhe oferece uma singularidade de segunda”<sup>14,90</sup>.

### ***Incapacidade***

A incapacidade aparece com duplo sentido. De um lado, representa algo pejorativo, como a sensação de estar exilado do mundo do trabalho; por outro, expressa estratégia de sobrevivência, após viver a exclusão do trabalho ocasionada pelo adoecer mental. Destacamos das entrevistas a percepção deste sentir.

*Eu não peguei e acho que eles acharam a mesma coisa, tanto é que não fiquei lá, isso foi o pior para mim, que eu fiquei muito para baixo, fiquei deprimida, me sentindo inca-paz (Usuário 2).*

O sentir-se excluído desencadeia uma série de reações no entrevistado, como a baixa auto-estima e a depressão, que o tornam impotente para reagir em face das adversidades impostas pelo mundo do trabalho. Resta-lhe, então, a sensação de incapacidade, caracterizada como não “servir para nada”.

Diante da exclusão e das perspectivas sombrias apresentadas pelo adoecer mental, resta a quem padecer de enfermidade mental um caminho inverso: assumir juridicamente a incapacidade na busca dos benefícios previdenciários para sobreviver, como menciona um profissional entrevistado no estudo:

*[...]elas acabam encontrando como solução para esse problema, como a estratégia de sobrevivência é recorrer aos benefícios da assistência social, como o BPC, por exemplo, e a gente também vê que as pessoas, muitas delas tentam, não tem [...] não tem o que a gente pode chamar de uma doença incapacitante, mas mesmo estando lá sendo taxadas como deficiente mental [...]. As pessoas já sabem que suas chances aumentam, se uma pessoa da família for o seu representante legal, porque isso vai se configurar como a pessoa não tendo nenhuma capacidade mental (Profissional 7).*

O benefício referido pelo profissional é o Benefício da Prestação Continuada, conhecido pela sigla de BPC, concedido aos deficientes físicos e mentais<sup>15</sup>. É pleiteado pelos doentes mentais, mesmo a despeito da diferença entre déficit e doença mental, pois não existe no âmbito da previdência outro que contemple essa categoria. Desta forma, a interdição judicial amplia as chances da concessão, o que faz com se submetam a essa prática, embora sejam destituídos dos seus direitos civis.

### ***Categoria: danos da exclusão do trabalho***

Os danos emocionais ocasionados pelo sentir-se

excluído do trabalho são verbalizados como desencadeadores de desestruturas emocionais. A estes se acrescenta a marginalização “social” do sujeito, vista como uma espécie de punição por estar doente.

Os danos ocasionados por haver retirado do trabalho foram verbalizados com respeito à desestruturação emocional, seguida do fato de sentir-se marginalizado.

### ***Marginalização***

A marginalização é expressa como forma de discriminação, sendo mais alegada pelos profissionais:

*[...]há uma discriminação muito grande. Ele volta para a empresa, mas ele vai ocupar um local de inferioridade, eu percebo muito isso no meu cotidiano, ele vai ocupar um local que não era dele [...]. E assim, passando o período que a legislação determina para que o empregador fique com o empregado, logo após ele sai (Profissional 7).*

*Isso é trazido aqui: ninguém confia em mim, a sensação que eu tenho é que as pessoas, é que elas dizem: é doente, então elas se afastam até do contato [...] do contato da amizade do trabalho, ficam com medo, com receio ou então ficam cuidadosas demais (Profissional 3).*

As falas dos profissionais demonstram a realidade do mundo do trabalho para quem sofre de doenças mentais. De início há o afastamento do posto de trabalho, como um preparativo para a demissão, que ocorre posteriormente, colocando-o à margem do trabalho e revelando a perda da confiança no sujeito em decorrência psicopatologia. Neste sentido, opera-se uma lógica moral de punir os comportamentos diferentes para servir de exemplo aos demais trabalhadores.

No segundo relato a marginalização é percebida como despreparo para lidar com a doença ambiente de trabalho, quando as pessoas se afastam como se o colega vitimado fosse um potencial criminoso, ou como se o olhar para o outro despertasse os problemas e as dores de cada um, aquilo que se oculta, o que não se quer enfrentar. Alguns demonstram, ainda, uma autocompaixão excessiva, não conseguem ver o sujeito, mas o doente, como alguém que é digno de pena, um sentimento pejorativo para quem tenta se erguer após tratamento mental.

### ***Desestruturação emocional***

A subcategoria desestruturação emocional foi expressa como reação ocasionada pela não-aceitação no trabalho em decorrência do adoecimento mental.

*Ele chegou a ser internado e foi quando eu o encontrei lá. Ele disse: doutor, eu fico mais alegre, mais feliz, quando eu estou trabalhando. Infelizmente a pessoa me tirou, porque disse que eu estava muito nervoso e aí eu piori quando fui para casa (Profissional 4).*

O fato de não ser aceito implica uma série de danos à vida de quem convive com as doenças mentais. Quando o trabalho representa a felicidade, a exclusão torna-se sua antítese. Observamos no relato do profissional que a integração é pensada para esses sujeitos de forma desigual, pois a demissão de uma pessoa normal não está condicionada a um estado de nervosismo.

### **Categoria: sentidos da inclusão no trabalho**

A inclusão no trabalho é representada como uma necessidade pessoal e social, tem sentido simbólico na vida de quem foi acometido por transtorno mental.

A subcategoria valor simbólico foi enunciada pelos participantes do estudo, demonstrando o forte significado socioafetivo do trabalho na vida de quem foi acometido por transtorno mental. Em seguida, aparece a necessidade do trabalho como componente que reúne questões pessoais e sociais.

### **Necessidade**

A necessidade da inclusão no trabalho foi mencionada como sentido socioafetivo.

*Eu fico triste, fico chateado, angustiado, mas assim, de repente quando estou trabalhando, eu tô com o sentido naquilo que estou fazendo (Usuário 1).*

*Agora depois que estou realizando tratamento no CAPS, o trabalho que eu faço sinto até como uma terapia. Sinto-me bem, me sinto à vontade com o trabalho (Usuário 4).*

O sentido apresentado no relato refere-se à necessidade de se manter ocupado, como forma de se desligar dos sofrimentos existenciais e interagir com o ambiente por meio do trabalho, podendo, ainda, em decorrência deste, aumentar a auto-estima, pois a capacidade de produzir desperta a valorização dos sujeitos sociais.

### **Valor simbólico**

O valor atribuído à inclusão no trabalho é algo que transita entre a moral social, da dignidade do trabalho e como símbolo capaz de construção da contratualidade social dos sujeitos perante a vida.

*Eu já tive a oportunidade de acompanhar pacientes que estavam desempregados e que no decorrer do tratamento conseguiram emprego, é como se todo sofrimento que mobilizasse para procurar tratamento no CAPS, o estado de dor, os sintomas, tudo isso se modificou. Quando ele voltou ao trabalho as relações familiares se alteraram [...]. É uma forma de sentir útil, de se sentir respeitado, valorizado, de resgatar a dignidade, como pessoa, como ser humano (Profissional 5).*

*Ela sabia, ela dizia nas sessões que só ia ficar bem, ela dizia: eu só vou deixar de tomar medicação controlada no dia em que eu conseguir trabalho. E assim foi [...]. Finalmente ela conseguiu trabalho aqui, numa empresa de limpeza [...] e eu nunca vi alguém tão feliz com o trabalho como eu tive a oportunidade de ver aquela paciente (Profissional 7).*

Nas falas flui o poder do trabalho na habilitação social dos sujeitos, como a centralidade da vida humana, que estrutura as demais relações do sujeito social. Há nos relatos a inclusão do trabalho como responsável pela harmonia familiar, pelo respeito do grupo social, pela felicidade e, ainda, como forma de aliviar a dor e os sofrimentos existenciais.

Observamos o trabalho representado como uma espécie de alívio para todos os males, incluída a organização psíquica e emocional. Dois pontos, entretanto, necessitam ser discutidos acerca dos relatos. O primeiro é o reconhecimento de uma doença ocasionada pela não-inserção no trabalho, pois, ao se resolver a situação desestruturante, a harmonia foi uma consequência. O segundo destaque relaciona-se aos valores morais partilhados socialmente acerca do trabalho. Se a dignidade humana encontra-se condicionada ao trabalho, ou seja, sua possibilidade de produção, e ao consumo que ele proporciona na nossa sociedade, o fato de estar à margem deste em virtude de doença mental assume o sentido de exclusão, em uma sociedade na qual não existem espaços para os improdutivos. A condição de retorno, então, a esse fetiche da produção e consumo, “a propalada dignidade”, seria a ponte construída pelo trabalho.

## **CONSIDERAÇÕES**

As representações sociais acerca do trabalho no adoecer mental mesclam-se no universo compreendendo entre os limites e possibilidades ocasionadas pelo adoecimento mental. A incerteza provocada pela patologia mental em uma sociedade pouco receptiva aos distúrbios emocionais faz do trabalho uma forma de inclusão social.

O caminho entre a exclusão e inclusão do trabalho para quem tem a vida interditada por uma psicopatologia, encontra-se demarcado por uma fronteira tênue, na qual se misturam a edificação e deslocamento das representações sociais elaboradas no imaginário coletivo. Assim encontram-se compilados nos mesmos, as opiniões, as atitudes e, como relação de conflito, os estereótipos.

A exclusão do trabalho traz danos pessoais e sociais na vida de quem foi acometido por transtorno mental, compreendidos desde a marginalização social até os sentimentos de que sua auto-estima se encontra em fragmentos. Deste modo, as possibilidades de inclusão assumem valor simbólico, algo como resgate do sentir-se vivo e participando das relações de trocas sociais. Assim, urge a necessidade de debater os preceitos da Reforma Psiquiátrica em curso, sobretudo na questão do trabalho, sob pena de uma continuação do antigo modelo asilar, quando a incapacidade era o destino frequente dos que portavam transtornos mentais.

## REFERÊNCIAS

- 1 Lira GV, Nations MK, Catrib AMF. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? *Texto Contexto Enferm* 2004 Jan-Mar; 13 (1): 147-55.
- 2 Desviat M. A Reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
- 3 Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção nova esperança. Genebra, 2001 [citado 10 maio 2004]. Disponível em URL: <http://www.who.int>.
- 4 Moscovici S. A Representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 5 Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As Representações sociais. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p.17-44.
- 6 Conselho Nacional de Saúde (BR). Portaria 196/96 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
- 7 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 8 Vala J. A análise de conteúdo. In: Augusto-Silva JM, organizador. Metodologia das ciências sociais. Porto: Ed. Afrontamentos; 1999. p.101-28.
- 9 Nóbrega SM. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: Oliveira A, organizadora. Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária -UFPB; 2001. p.55-87.
- 10 Coutinho MPL. Depressão infantil: uma abordagem psicosocial. João Pessoa: Ed. Universitária; 2001.
- 11 Cavalcanti MT, Lovisi GM, Pinto ATM. A psiquiatria e o social: aproximações e especificidades. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT, organizadores. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p.13-38.
- 12 Jodelet D. Os processos sociais da exclusão. In: Sawaia B, organizadora. As artimanhas da exclusão: análise psicosocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 2001. p.53-66.
- 13 Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final (BR). Brasília: Ministério; 2002.
- 14 Martins A. Criação e psicose: refazendo a metapsicologia das psicoses. In: Amarante P, organizador. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
- 15 Brasil. Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre Organização da Assistência Social. Brasília: Ministério da Assistência e Previdência Social; 2001.