

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
INSTITUTO DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS



**“Uma família que trabalha”: o caso das Oficinas de
Geração de Trabalho e Renda da Reabilitação,
Trabalho e Arte (RETRATE) de Pelotas/RS.**

Pâmela Moraes Vözl

Pelotas, 2012

Pâmela Moraes Völz

**“Uma família que trabalha”: o caso das Oficinas de
Geração de Trabalho e Renda da Reabilitação,
Trabalho e Arte (RETRATE) de Pelotas/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Ciências Sociais, do Instituto de
Sociologia e Política, da Universidade Federal
de Pelotas, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. William Héctor Gómez Soto

Co-orientador: Prof. Dr. Ney Bruck

Pelotas, 2012

Agradecimentos

Os meus agradecimentos são dirigidos a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse projeto acadêmico, mas, em especial:

À CAPES, pela bolsa de estudos concedida;

À todas as profissionais e a todos os usuários da RETRATE, pelo acolhimento, pela confiança e, principalmente, pelo carinho recebido. Com certeza o meu aprendizado foi além do bordado, do crochê e das coisas do gênero, pois cada história será lembrada e cada sorriso ficará guardado pelo resto da minha vida. Na incerteza quanto à consecução, ao longo da dissertação, da expressão do meu orgulho em ter feito parte dessa família, quero deixar registrado que, neste um ano de convivência, me tornei uma pessoa mais humana, menos mesquinha e menos egoísta;

Ao meu orientador, William Héctor Gomez Soto, pelo tempo despendido e pelas informações disponibilizadas para que os objetivos deste estudo fossem alcançados;

Ao meu co-orientador, Ney Bruck, pela paciência, pelo incentivo e pela amizade. Agradeço, acima de tudo, pela confiança creditada na minha capacidade quando eu mesma desacreditava;

À professora Lorena Gill e, especialmente, à professora Flávia Rieth, pela possibilidade de interlocução, bem como pelos gestos e pelas palavras de incentivo;

Ao meu querido amigo Rafael Hetsper, que, como um anjo, se fez presente em todos os momentos desse processo: me escutando, me apoiando e me incentivando. Sua ajuda nunca me foi negada, mesmo nos momentos em que era ele quem mais carecia do auxílio de alguém;

À minha querida família, meu porto seguro, pela presença e pelo apoio constante em todos os momentos. Agradeço, sobretudo, por terem entendido o meu “ser ausente”, mesmo quando presente.

PSICOCIRANDA

Eu adoeci, e apesar de ter enlouquecido, não deixei de amar,
De ter desejos, de sentir, de existir, de viver...
Não deixei de ser gente, e gente quer ter o direito de ir e vir
Quer ter o direito de ser respeitado, quer ter o direito de participar da vida,
De participar do cotidiano da sociedade,
Participar do meu tratamento...
Tratamento que não precisa trancar,
Tratamento que não precisa excluir,
Tratamento que possa entender que tenho sonhos, apesar dos pesadelos,
Que tenho talento apesar da desorganização, que posso ser pai, mãe, filho
Que posso trabalhar apesar da falta de apoio...
Tratamento que entenda que posso ser feliz,
Apesar da realidade ser muito difícil... E não é só para mim...
Tão difícil que tenho que romper, gritar, delirar, inventar, alucinar...
Não...Não preciso ser excluído, não preciso ser trancado...
Preciso de um tratamento como este do CAPS...
Onde eu posso me sentir inserido... Com apoio, amor
Onde eu posso concordar e discordar... Com respeito
Onde eu possa abrir a porta e entrar, abrir à porta e sair... Com confiança
Posso sair, passear, sem perder a esperança,
Posso sair e pagar contas...Com solidariedade,
Posso chegar triste e me sentir acolhido... Com afeto e carinho,
Posso piorar porque existe recomeço,
Posso estar aqui neste teatro, neste momento, querendo falar do preconceito...
Querendo mudar a história, querendo que seja doce,
Que seja doce a esperança.
Que seja doce a lembrança,
Que seja doce o momento...
E todos mais que possam vir.

Texto extraído da peça "Psicociranda", encenada no ano de 2001 por usuários e trabalhadores do CAPS "Espaço Vivo", nas comemorações do dia 18 de maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial).

Resumo

Com o objetivo de destacar a importância da reciprocidade (dar, receber e retribuir) frente à estigmatização social pela doença mental, o presente estudo analisa as relações estabelecidas entre profissionais e usuárias no interior das oficinas de geração de trabalho e renda da Reabilitação, Trabalho e Arte (RETRATE) de Pelotas/RS. Pautado essencialmente nas contribuições teóricas de Martins, Hall, Goffman, Guareschi e Caillé, conjugadas à proposta metodológica trazida pela sociologia da vida cotidiana e pela história oral de vida, o trabalho apresenta os discursos e as práticas presentes no cotidiano das oficinas da RETRATE, bem como a narrativa de quatro usuárias (participantes das oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear) que, historicamente, foram vítimas de uma inclusão precária. Elas, atualmente, sofrem com o preconceito e a discriminação devido ao fato de serem portadoras de transtornos mentais. O resultado obtido com a pesquisa é a constatação de que, apesar das tensões e contradições existentes no processo de inclusão social pelo trabalho, a tríplice obrigação (dar, receber e retribuir) é concebida como preponderante entre o grupo, sendo essencial para a ressignificação identitária dos portadores de transtornos mentais e para a minimização do estigma social da doença.

Palavras-chave: Saúde Mental. Estigma. Reciprocidade. Famílias de classes populares.

Abstract

A family that works: the Workshops for the Opening of Work Opportunities and Income of Rehabilitation, Work and Art case (RETRATE) in Pelotas/RS

With the purpose of highlighting the importance of reciprocity (giving, getting and returning) towards the social stigma of the disease, the present study analyses the relationships set between professionals and users at the workshops for the opening of work opportunities and income of Rehabilitation, Work and Art (RETRATE) in Pelotas (RS). Essentially based on the theoretical contributions of Martins, Hall, Goffman, Guareschi and Caillé, combining these, on the other hand, to the methodological proposal brought by the sociology of the everyday life and the oral history of life, the present work presents the discourses and the practices found in the RETRATE workshops, as well as the narrative of four users (who are in the sewing, paper bag production, knitting, crochet and tapestry workshops) which, historically, have been victims of a precarious inclusion. She's, nowadays, suffer the prejudice and discrimination due to the fact they have mental disturbances. The result found with the research is that, despite the existing tensions and contradictions in the process of social inclusion through work, the triple obligation (giving, getting and returning) is conceived as relevant by the group, being essential for the identity reframing of mental disturbance bearers and for the minimization of the disease social stigma.

Key words: Mental health. Stigma. Reciprocity. Families of popular classes.

Lista de Figuras

Figura 1 – Fachada do atual espaço de trabalho da RETRATE	063
Figura 2 – Bonecas chamadas de vovós	094
Figura 3 – Bolsas que se transformam em carteiras	094
Figura 4 – Guardanapos bordados	095
Figura 5 – Sachês perfumados	095
Figura 6 – Maças perfumadas	095
Figura 7 – Tapete de crochê	096
Figura 8 – Produção do papel	097
Figura 9 – Marcadores de páginas	097
Figura 10 – Bloquinhos de anotação	098
Figura 11 – Caixinhas	098
Figura 12 – Bolsa alusiva à arquitetura histórica de Pelotas	099
Figura 13 – Pintura alusiva à arquitetura histórica de Pelotas	099

Lista de Abreviaturas e Siglas

AD	Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
FES	Fórum de Economia Solidária
GM	Gabinete do Ministro
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária
I CBCAP	I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial
II CNSM	II Conferência Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
INTECOOP	Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NESIC	Núcleo de Economia Solidária e Incubação de Cooperativas
OGRT	Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Saúde Mental
ONGs	Organizações Não Governamentais
PVC	Programa de Volta Para Casa
RETRATE	Reabilitação, Trabalho e Arte
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços de Residências Terapêuticas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Resumo	006
Abstract	007
Lista de Figuras	008
Lista de Abreviaturas e Siglas	009
Introdução	011
Capítulo 1 – O dar, receber e retribuir no processo de inclusão social pelo trabalho e a minimização do estigma	017
1.1 Dimensão relacional: exclusão e inclusão social	018
1.2 Identidade e crise de identidade: considerações a partir de Hall	022
1.3 Estigma como categoria de análise	026
1.4 A importância do conceito de relação segundo Guareschi	030
1.5 Sobre o dar, receber e retribuir	032
Capítulo 2 – Do tratamento moral ao direito do trabalho. Construção de uma sociedade inclusiva?	037
2.1 Do tratamento tradicional à conquista da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro	038
2.2 Reforma Psiquiátrica: origens e características principais	043
2.3 Programa de Inclusão Social pelo trabalho: parceria entre os campos da saúde mental e da economia solidária	052
2.4 Consolidação da Reforma Psiquiátrica no município de Pelotas	056
2.5 Histórico das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE	061
Capítulo 3 – Aspectos metodológicos	064
3.1 Traçando o caminho metodológico: sociologia da vida cotidiana e história oral	064

3.2 Princípios éticos	068
3.3 Processo metodológico: a inserção em campo e a estratégia de trabalho adotada	069
3.4 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	072
Capítulo 4 – As oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE: discursos e práticas	079
4.1 A rede de saúde mental no município de Pelotas e sua relação com as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE	080
4.2 Parcerias instituídas para viabilizar a inclusão social pelo trabalho	085
4.3 Relações que se estabelecem entre as profissionais e os usuários no cotidiano das oficinas	092
4.4 Relações de reciprocidade	106
4.5 Confraternização de final de ano	110
Capítulo 5 – Usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE: histórias de vida e relação com a família, com o estigma e com o grupo	114
5.1 O início da vida, outros tempos, outra cultura	115
5.2 Os trabalhos impostos pela vida: casamento, relação com o mercado de trabalho e a posterior depressão	124
5.3 O primeiro contato com a rede de saúde mental	136
5.4 A influência da estigmatização social pela doença na vida das usuárias .	141
5.5 Relações estabelecidas com o grupo nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE	145
Conclusão	152
Referências	158
Anexos	
Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido	169
Anexo B – Carta de cessão	171
Anexo C – Roteiro de Entrevista	172
Anexo D – Parecer do Comitê de Ética.....	174

Introdução

É inaceitável ignorar que, por não fazerem parte da categoria considerada *normal* da sociedade brasileira (portadora da razão plena, que trabalha e mantém vínculos societários), até o século XIX os sujeitos acometidos por transtornos mentais tiveram seus direitos de cidadania, sobretudo os referentes à liberdade, ignorados pelos diferentes governos e pelas políticas efetivadas por estes. Excluídos do mercado de trabalho, da família, da cultura e da política, tais indivíduos ficaram segregados naquelas instituições, tendo o exercício de seus papéis sociais limitados e vendo-se anulados enquanto sujeitos singulares.

Foi somente no século XX, no contexto da redemocratização do país e da Reforma Psiquiátrica, que o discurso em torno da cidadania dos sujeitos portadores de transtornos mentais passou a receber novo enfoque no Brasil. Esse ideário, fortemente influenciado pelas lutas dos movimentos sociais, pela inclusão social e o reconhecimento da diferença, apontou para um modelo assistencial baseado na desinstitucionalização e, conseqüentemente, na manutenção dos vínculos sociais e familiares.

Conquanto não se possam descartar os significativos avanços da Reforma Psiquiátrica nas últimas décadas, a mesma ainda representa um problema social de ordem macroestrutural que envolve tanto questões políticas, como econômicas e sociais. Nesse sentido, ao se refletir, especificamente, sobre as relações que se estabelecem dentro de um espaço que objetiva a inclusão social pelo trabalho,

descrevendo e definindo o modo como as mulheres usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da Reabilitação, Trabalho e Arte (RETRATE) de Pelotas/RS vivem e experienciam tal realidade, o presente estudo analisa a importância das relações de reciprocidade frente à estigmatização social pela doença.

A motivação para a escolha dessa temática vem desde a participação por parte da pesquisadora em um curso de formação de monitores e estagiários – ofertado em conjunto pelo Núcleo de Economia Solidária e Incubação de Cooperativas (NESIC) e pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (INTECOOP)¹ – no ano de 2007, e ao consequente contato com as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE.

Àquela época, contudo, a atenção estava voltada, exclusivamente, à finalização do trabalho de conclusão do curso de graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), o qual objetivava – por meio da análise da identidade, valores predominantes, metodologia empregada e estrutura institucional – relativizar as práticas propostas pela INTECOOP. Foi somente ao final dessa tarefa (que teve apenas o discurso dos coordenadores da INTECOOP evidenciado, pois o foco era a incubadora e não os empreendimentos), que a pesquisadora sentiu a necessidade de permanecer no projeto e participar de toda a dinâmica estruturada para a incubação de cooperativas populares. Consciente da impossibilidade de generalização a partir de respostas positivas, pois o processo de incubação, além de se deparar com muitas dificuldades no âmbito sócio-político e econômico, também apresenta considerável discrepância entre a compreensão e a ação dos atores envolvidos, a mesma realizou um trabalho de monitoria por quatro meses junto às oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE. Nesse período, onde semanalmente conviveu com os coordenadores da INTECOOP, bem como com as profissionais e os usuários da RETRATE, confirmou o pensamento de que apesar dos mais diversos desafios financeiros enfrentados pelos sujeitos envolvidos, a participação nas oficinas não se devia exclusivamente a geração do

¹Ambos pertencentes à Universidade Católica de Pelotas.

trabalho e da renda (até porque esta era irrisória), mas, principalmente, ao fato de que os usuários gostavam de estar ali, pois se sentiam valorizados e respeitados apesar de sua diferença.

Outro ensejo a motivar a realização da presente pesquisa foi a inexistência de trabalhos versando sobre a temática proposta, bem como sobre as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, o que tornou necessário o seu registro e a sua análise antes que essas histórias se perdessem ou ficassem restritas às memórias das profissionais e das usuárias que participavam/participam do serviço. Assim, já no ano de 2010, com a necessidade de ampliar o conhecimento teórico e prático acerca desse novo processo de inclusão social de portadores de transtornos mentais pelo trabalho, a pesquisadora direcionou novamente sua atenção a RETRATE e, dessa forma, o objeto de pesquisa ganhou amplitude científica.

Fundadas em 2005 e vinculadas à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pelotas, as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE são compostas por usuários que estão em processo de alta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da rede de saúde mental do município². 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 outras drogas, refletem o que está sendo realizado no Brasil em termos de políticas sociais públicas para a inclusão social pelo trabalho³ e desconstrução de ações excludentes e estigmatizantes.⁴

²Este serviço está cadastrado no Ministério da Saúde desde novembro de 2004, quando se fez representado em Brasília na primeira Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental.

³A proposta de inclusão social pelo trabalho é fruto da parceria instituída entre a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego e a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Ela configura-se como um marco nas políticas públicas voltadas à saúde mental, por representar uma estratégia do governo frente à exclusão social no modelo capitalista.

⁴As leis nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, e nº 10.216, de 6 de abril de 2001, justificam e fundamentam essa iniciativa governamental. A primeira dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à inclusão social daqueles que estão em desvantagem no mercado econômico, e, a segunda, dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos portadores de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A partir dessa perspectiva, surgiu um primeiro questionamento: como o estigma das mulheres⁵ usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE limita o processo de inclusão social pelo trabalho? Após reflexões sobre as experiências vivenciadas pela pesquisadora em campo, e sugestões da banca na qualificação, ficou evidente que: apesar da estigmatização pela doença também se fazer presente nas relações estabelecidas dentro das oficinas (seja entre as próprias usuárias, seja entre as profissionais e as usuárias), o mesmo acabava sendo minimizado por meio das relações de amizade, cooperação e solidariedade; as usuárias em questão não tinham mais a pretensão de retornar para o mercado de trabalho formal; e o dinheiro auferido nas oficinas não era suficiente para que elas o concebessem como uma renda alternativa para a família. Por conta desses fatores, a problematização em questão foi reformulada e elevou-se ao patamar de problema de pesquisa o seguinte questionamento: qual a importância das relações de reciprocidade diante da estigmatização social pela doença?

Neste ínterim, é importante destacar que as usuárias serão apresentadas como *relação*, na medida em que esta é a matéria prima do ser humano, e que exemplos comuns de reciprocidade partilhada⁶, vão desde as saudações diárias – como o *bom dia*, o *boa tarde* e o *até logo* – até o abraço apertado, o olhar carinhoso e a troca de saberes e experiências. Tais episódios correspondem, assim, à experiência afetiva direta e à preocupação com o outro e com as suas condições de existência. A reciprocidade ocorre espontaneamente e não pode ser compreendida isoladamente, pois se assenta em um ciclo tripartido: dar, receber e retribuir. Quando uma usuária dá e o grupo não recebe, não há relacionamento e, logo, ocorre uma quebra de reciprocidade. Mesmo quando uma usuária dá e o grupo recebe, se não houver retribuição, igualmente se processa uma quebra de reciprocidade.

Por nem sempre ser possível retribuir com o mesmo valor, estabelece-se um jogo dinâmico entre o doador e o receptor. Existe interesse nas relações de

⁵Embora a RETRATE também atenda homens, foram as mulheres que receberam atenção especial da pesquisadora. Isso porque, dos 18 usuários que participavam das oficinas, apenas 5 eram homens. Ademais, eram as mulheres que demonstravam um interesse maior para com o desenvolvimento do serviço.

⁶Reciprocidade partilhada é uma atualização do conceito de dom e dádiva trazido por Mauss (1974) e do conceito de reciprocidade trazido por Caillé (2002).

reciprocidade, mas ele não se compara a uma relação de mercado. Assim, conforme for a ligação entre as usuárias, bem como entre estas e as profissionais do serviço, a reciprocidade poderá ser forte e simétrica – auxiliando na redução do estigma e, conseqüentemente, no aumento da auto-estima dos usuários, melhorando o serviço como um todo –, ou fraca e assimétrica – culminando num sentimento de dependência e exclusão, e desestabilizando o serviço.

Para responder ao problema proposto colocou-se então, como objetivo geral da pesquisa: identificar e caracterizar a importância das relações de reciprocidade frente à estigmatização social pela doença mental. Já, como objetivos específicos estabeleceram-se: (a) ponderar sobre as dificuldades e as potencialidades apresentadas pelas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE para inclusão social pelo trabalho de portadores de transtornos mentais; (b) examinar as forças restritivas e as forças impulsionadoras da reciprocidade no cotidiano das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE; (c) identificar as mudanças nos relacionamentos interpessoais e coletivos a partir da inserção das usuárias nos serviços de saúde mental, em específico, na RETRATE; e (d) apresentar as histórias de vida das usuárias, considerando a importância da reciprocidade nas relações estabelecidas em famílias de grupos populares.

Quanto à ideia que norteou a investigação, essa foi de que a importância da RETRATE situa-se para além da geração do trabalho e da renda, pois, ao fundamentar-se em práticas de reciprocidade, tanto as profissionais do serviço, como as usuárias, compartilham saberes e experiências (através do diálogo, das trocas simbólicas e da análise da realidade sócio-política e econômica), ressignificando, desse modo, suas identidades, e minimizando o estigma social da doença. Contudo, por se tratar de uma inclusão social precária, muitas vezes essa dinâmica é fragilizada, o que provoca tensões e contradições no próprio grupo.

Por último, no que toca à questão estrutural da dissertação, tem-se a seguinte disposição de capítulos: no primeiro, procede-se a uma revisão teórica sobre a importância da tríplice obrigação (dar, receber e retribuir) no processo de inclusão social pelo trabalho de portadores de transtornos mentais, juntamente com sua conseqüente influência na minimização da estigmatização social pela doença.

Os principais autores trabalhados nessa etapa são: Martins (1997), Hall (2000; 2001), Goffman (1980), Guareschi (2004) e Caillé (2002); no segundo, é apresentado um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, com o objetivo de trazer à tona as discussões atinentes à inclusão social pelo trabalho e à importância da implementação das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE no município de Pelotas; no terceiro capítulo, a ênfase recai sobre o referencial metodológico utilizado para realização da pesquisa. Nele, o destaque maior é dado à sociologia da vida cotidiana e à história oral de vida das usuárias analisadas; no quarto, são trazidas as análises empíricas dos discursos e das práticas presentes nas relações que se estabeleceram nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE; e, no quinto e último capítulo do estudo, são apresentadas e analisadas as histórias de vida das protagonistas desse estudo, tendo a dinâmica do dar, receber e retribuir em *famílias de grupos populares* como central nesse exercício. Ao final, em sede de considerações finais, recapitula-se brevemente o que foi exposto ao longo da dissertação, procurando enfatizar as forças impulsionadoras e restritivas para a prevalência da reciprocidade nas relações estabelecidas entre as profissionais e as usuárias na RETRATE. Defende-se, portanto, que, apesar das tensões e das contradições existentes, a tríplice obrigação (dar, receber e retribuir) é concebida como preponderante entre o grupo e essencial para a ressignificação identitária dos portadores de transtornos mentais e para a minimização do estigma social da doença.

Capítulo 1 – O dar, receber e retribuir no processo de inclusão social pelo trabalho e a minimização do estigma

Esse capítulo, tem como meta principal apresentar subsídios teóricos que auxiliem na reflexão acerca da importância das relações de reciprocidade para a redução da estigmatização social pela doença, destaca as contribuições de Martins (1997), Hall (2000; 2001), Goffman (1980), Guareschi (2004) e Caillé (2002), o primeiro desses autores, Martins (1997), polemiza a questão da exclusão social ao considerar que tal concepção, na verdade, oculta o verdadeiro problema a ser resolvido: as formas de inclusão social precárias que emanam de um modelo de reprodução ampliada do capital. Para o autor, não há propriamente exclusão, mas sim formas atípicas e injustas de inclusão. Hall (2000; 2001), por sua vez, ao enfatizar que o sujeito não possui uma identidade fixa e permanente, mas sim uma multiplicidade desconcertante e cambiante de identidades, questiona a existência de uma possível crise de identidade na sociedade atual. Segundo ele, no processo de interação social, a identificação e a diferenciação relacionam-se diretamente. Goffman (1980), ao seu turno, após analisar o sentimento de uma pessoa estigmatizada sobre si própria, 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 outros indivíduos devem seguir. Na sequência figura Guareschi (2004), que, em seus estudos sobre a psicologia social crítica, aponta o ser humano como *pessoa=relação*. Ao primar por uma abordagem social, assinala que na medida em

que os sujeitos só encontram realização na relação, não há uma essência imutável, mas sim uma contínua construção da singularidade e da subjetividade dos mesmos. Já, Caillé (2002), resgata a consagrada obra de Mauss (1974) para realizar uma crítica ao paradigma holista e individualista e destacar o paradigma do dom ou da dádiva. Ao propor um modelo de sociedade pautado no social, a importância do dar, receber e retribuir na sociedade moderna é trazida à cena como contraponto às práticas excludentes e estigmatizantes.

Assim sendo, a ênfase dada ao longo do estudo seja relativa à questão do estigma trazido por Goffman (1980), seja a da reciprocidade trazida por Caillé (2002), não se pode deixar de considerar que a inclusão social precária também faz parte da realidade dos portadores de transtornos mentais, na medida em que a própria doença mental é, em si mesma, um fator estigmatizante e excludente, contribuindo, portanto, com a geração de outras formas de privação social e econômica, como: o desemprego; as ocupações de baixa renda; o precário acesso aos serviços públicos; e a desinformação. Ademais, a própria identidade dos sujeitos portadores de transtornos mentais (a qual se constitui por intermédio das relações estabelecidas com os outros e com o mundo exterior, estando, desse modo, em contínuo movimento e transformação) acaba sendo abalada com os atributos negativos a ela atrelados.

Por conta dessa seleção teórica, o capítulo se organiza em cinco eixos centrais, a saber: (I) *processos de exclusão/inclusão social*; (II) *identidade*; (III) *estigma da doença*; (IV) *relação*; e (V) *reciprocidade*.

1.1 Dimensão relacional: exclusão e inclusão social

Embora a discussão sobre a inclusão social seja, atualmente, de grande relevância na sociedade (por ser tratada como uma questão ética que traz como pressuposto a ideia de uma sociedade que se estrutura para atender às necessidades de cada cidadão), não se pode refletir sobre ela sem antes pôr em evidência a concepção de exclusão social. A necessidade de tal relação repousa no

fato de que todos os indivíduos estão “inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações” (RORIZ, 2009, p. 20).

Originariamente, o conceito *exclusão social* remonta à década de 1960, na França, onde sua invenção foi comumente atribuída à René Lenoir, no livro *Os excluídos: um francês sobre dez*, ao sugerir que o problema em questão estava deixando de ser residual sob o conjunto da sociedade francesa e passando a adquirir uma rápida propagação na sociedade moderna (CASTEL, 2004; LEAL, 2004).

Familiarizado ao cotidiano das mais diferentes sociedades, a emergência do conceito indicou mudanças nos fenômenos da pobreza urbana, apontando para uma crise no modelo de sociedade centrada no trabalho. Assim, com o acirramento do desemprego nos países europeus na década de 1970, ganhou destaque a noção de *nova pobreza*, e o tratamento dado à questão começou a mudar, pois a conjuntura recessiva passou a afetar setores nunca antes atingidos, ou seja, atingiu as “camadas da população consideradas aptas ao trabalho e adaptadas à sociedade moderna” (WANDERLEY, 2003).

Posteriormente, na década de 1990, com a explosão do desemprego na sociedade capitalista, a noção de exclusão social tornou-se forte e difundida, visto que os excluídos deixaram de ser residuais e temporários, para tornarem-se “contingentes populacionais crescentes que não encontram lugar no mercado” (WANDRELEY, 2003). Conforme Leal (2004), foi na década de 1990, a partir do livro *Brasil: reforma ou caos*, de Hélio Jaguaribe, que a noção de exclusão social passou a adquirir destaque no Brasil. “Neste livro, exclusão social identifica-se com pobreza, com origens nas raízes coloniais da sociedade brasileira e acentuada pela crise econômica do início da década de 80” (LEAL, 2004, p. 4).

É fato que, nesse processo, a pobreza e a desigualdade foram amplamente associadas à exclusão social, o que, para Nascimento (2000), é um equívoco. De acordo com o autor, enquanto a *desigualdade* pode ser definida como uma “distribuição diferenciada, numa escala de mais a menos, das riquezas produzidas

ou apropriadas por uma determinada sociedade, entre seus membros” (NASCIMENTO, 2000, p. 30), a *pobreza* pode ser entendida como a situação em que os membros de uma determinada sociedade “não têm condições mínimas de suprir as suas necessidades básicas” (NASCIMENTO, 2000, p. 30). O conceito de *exclusão social*, por sua vez, “está mais próximo, como oposição, ao de coesão social, ou, como sinal de ruptura, do de vínculo social” (NASCIMENTO, 2000, p. 30). Nessa perspectiva, a condição de excluído é socialmente imputada à pessoa, sem que esta tenha contribuído direta, ou mesmo indiretamente, para isto.

Refletindo de forma mais ampla sobre a definição do termo *exclusão social*, Nascimento (2000, p. 31) fala que:

Se o termo [...] diz respeito ao ato de excluir, de colocar à margem um determinado grupo social, o conceito sociológico – que é múltiplo – [...] refere-se sempre a um processo de não-reconhecimento do outro, ou de rejeição, ou, ainda, intolerância. Dito de outra forma, trata-se de uma representação que tem dificuldades de reconhecer no outro direitos que lhes são próprios.

A ideia relativa à ruptura de vínculos é diretamente influenciada por Castel (1994). Para este, a dissociação do vínculo social (ou desfiliação social) é resultado do enfraquecimento da condição salarial, fator determinante para o afastamento progressivo das relações familiares, de parentesco e de vizinhança, desembocando numa vida aleatória, entrecruzada por incertezas e imprevistos. Isolados, os atingidos por tal adversidade aderem ao individualismo negativo, desprovidos de valores que anteriormente partilhavam socialmente. “Ao final do processo, a precariedade econômica torna-se privação, a fragilidade relacional isolamento” (CASTEL, 1994, p. 23).

Na mesma senda, Leal (2004) destaca que, atualmente, muitos autores consideram o termo *exclusão social* vago e inespecífico, e isso se deve ao fato de que o termo abarca realidades múltiplas e distintas, como: moradores de favelas, trabalhadores sem-terra, desempregados, idosos, toxicômanos, mendigos, deficientes físicos, portadores de transtornos mentais, entre outros.

Indo ao encontro dessa perspectiva, a análise proposta por Martins (1997) conduz à reflexão acerca da dimensão relacional do conceito de *exclusão social*. Nela, o autor destaca que é possível relacionar o processo de exclusão social do qual os sujeitos vêm sendo vítimas com uma *inserção precária* (no caso específico do presente estudo, os portadores de transtorno mental). Assim, ao contrário do que destacam Nascimento (2000) e Castel (2004), quando afirmam que os grupos sociais podem ser passíveis de extinção através do não-reconhecimento agudo e do enfraquecimento da condição salarial, o que se percebe “é uma inclusão precária e instável, marginal” (MARTINS, 1997, p. 20), representada pelas condições sociais e econômicas que se tornam simbólicas na vida destes sujeitos desde a mais tenra infância.

Nesta perspectiva, nas palavras de Martins (1997, p. 14), “rigorosamente falando, não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes”. Para ele, o problema reside justamente na lógica do processo, que “desenraíza, exclui, para incluir de outro modo, segundo suas próprias regras, segundo sua própria lógica” (MARTINS, 1997, p. 32).

O que se percebe, a partir de então, é que os processos sociais excludentes, ao mesmo tempo em que criam uma grande massa de população sobrando (que tem poucas chances de ser novamente incluída nos padrões atuais de desenvolvimento capitalista), também procuram incluí-la (mesmo que de forma degradada e em condições sociais adversas) e, dessa forma, acabam por criar “uma sociedade paralela que é includente do ponto de vista econômico e excludente do ponto de vista social, moral e até político” (MARTINS, 1997, p. 34).

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 representa não só “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 através do trabalho para a população de excluídos⁷. Isso porque,

⁷Para confirmar esse pensamento, Veronese e Carvalho (2006, p. 189) afirmam que através da organização econômica solidária “há um rompimento com a lógica capitalista, através da divisão entre

se não houver a possibilidade de implementação de cooperativas sociais ou de oficinas de geração de trabalho e renda⁸, dificilmente esses sujeitos, que têm comprometidas suas funções sociais, cognitivas e afetivas, conseguirão ser incluídos novamente no mercado de trabalho capitalista (mesmo que precariamente).

De acordo com essa perspectiva, a dimensão relacional *exclusão-inclusão* acarreta subjetividades específicas que vão, desde o sentir-se incluído, até o sentir-se discriminado ou revoltado. Segundo Sawaia (2002 apud RORIZ, 2009, p. 21),

[...] essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica. Elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual. E manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência.

Assim sendo, embora a dimensão relacional *exclusão-inclusão* tenha sua origem diretamente relacionada à questão social e possa atingir pessoas de todas as camadas sociais, seus mecanismos são seletivos (WANDERLEY, 2003). Logo, ao analisar, especificamente, o caso dos portadores de transtornos mentais, dois aspectos que recebem destaque tanto na sociedade em geral como no meio acadêmico não podem ser ignorados: a *identidade* e o *estigma da doença*.

1.2 Identidade e crise de identidade: considerações a partir de Hall

Diante das inúmeras modificações sociais e econômicas pelas quais as sociedades modernas passaram, a discussão em torno da crise identitária

trabalhadores e meios de produção, trabalho e capital, produção e apropriação. Os conceitos de desenvolvimento e eficiência na Economia Solidária não se baseiam apenas em aspectos econômicos, mas destacam as questões humanas e sociais, o respeito ao meio ambiente, tendo como foco não a acumulação, mas o atendimento das necessidades elementares e da qualidade de vida para todos, valorizando o compromisso com a comunidade na qual se insere”. Portanto, para ser de fato solidária, essa economia não pode ser paternalista e filantrópica, deve ela se constituir-se em uma solidariedade que estabeleça relações sociais calcadas nos valores da comensalidade, reciprocidade e cooperação (FLACH; SUSIN, 2006).

⁸ Que mesmo com suas insuficiências e fraturas são orientadas para a reciprocidade, solidariedade e cooperação.

vivenciada no contexto contemporâneo corrobora com o entendimento de que a identidade nada mais é do que uma construção histórico-cultural evocada frente a um interlocutor amplo e genérico (a sociedade, o governo), e mediada por questões discursivas. A identidade não se refere, portanto, a uma *entidade* fixa e imutável, mas a algo que está continuamente sendo formado e transformado, tanto em momentos da vida cotidiana, como em contextos históricos. “Desta maneira o eu e a sociedade interagem para formar identidades” (SILVA, 2008, p. 21).

Para a compressão dos processos de construção da identidade a partir do contexto sócio-histórico, Hall (2000; 2001) enfatiza que a globalização no mundo capitalista contemporâneo provocou tanto as inúmeras e profundas mudanças políticas, econômicas e culturais ocorridas nas sociedades no final do século XX, como influenciou nos aspectos da vida pessoal e social dos indivíduos, em especial, na chamada *crise de identidade*. Segundo o autor, esta conjuntura fragmenta “as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que, no passado, nos tinham fornecido sólidas localizações como indivíduos sociais” (HALL, 2001, p.9) e, de igual forma, muda “nossas identidades pessoais, abalando a idéia que temos de nós próprios como sujeitos integrados” (HALL, 2001, p. 9)⁹.

Para analisar as mudanças que vêm ocorrendo na modernidade tardia, bem como compreender algumas questões relativas à identidade cultural na pós-modernidade, Hall (2001) traz três concepções de identidade: a do *sujeito do iluminismo*, a do *sujeito sociológico* e a do *sujeito pós-moderno*.

Em linhas gerais, o autor observa que a concepção de identidade do *sujeito do iluminismo* (originada no pensamento clássico e concebida como uma condição imanente ao indivíduo) era entendida como estável e definitiva, ou seja, não se modificava e não sofria nenhuma influência, do tempo ou mesmo de outros indivíduos ou grupos. Nessa concepção, o centro essencial do eu era a identidade de uma pessoa, e esta era “*autônoma e auto-suficiente*” (HALL, 2001, p. 11).

⁹Não se pode deixar de mencionar que, embora o debate sobre a crise de identidade tenha surgido na pós-modernidade, Goffman (1980) já defendia que identidade rimava com incerteza, pois a mesma podia ser manipulada no decorrer da interação social.

Atinente à concepção de identidade do *sujeito sociológico* (provinda da primeira metade do século XX, com a maior complexificação do mundo moderno), tem-se que esta trazia a “idéia de uma busca coletiva da verdade para solucionar os problemas reais encontrados no curso da ação” (JOAS, 1999, p. 134). Conforme Hall (2001, p. 11), embora nesse processo o sujeito ainda tivesse um núcleo interior (ou essência), que era o *eu real*, este ainda era formado e modificado num diálogo contínuo com os mundos culturais *exteriores* e as identidades que esses mundos ofereciam. A ênfase do entendimento encontrava-se, portanto, na socialização, ou seja, nas relações que se estabeleciam entre o *exterior* (modelos sociais, políticos e culturais oferecidos ao sujeito e por ele interiorizados) e o *interior* (a identificação automática do sujeito com os modelos oferecidos pelo seu grupo de origem através da ação no mundo social). A origem, a língua, o vínculo com o território, entre outros, ainda eram concebidos como aspectos fundamentais, e a identidade (em maior ou menor escala) era concebida a partir de um sentimento de aprendizagem, de vinculação ou de identificação consciente a uma coletividade (entendida como variável, a identidade não podia ser reduzida a uma dimensão atributiva e imanente).

A concepção de identidade do *sujeito pós-moderno*, não obstante tenha surgido somente no final século XX, logo passou a ocupar um lugar de destaque no campo teórico-conceitual das Ciências Sociais. Representado pelo discurso da complexificação das sociedades, bem como pela descentração (ou fragmentação) final do sujeito cartesiano, o “sujeito pós-moderno [é] conceptualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente” (HALL, 2001, p. 12), mas que assume “identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente” (HALL, 2001, p. 12). A identidade, nessa perspectiva, é constantemente moldada e transformada pelos diálogos dos mundos culturais exteriores. Conforme enfatiza Hall (2001, p. 13):

Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções, de tal modo que nossas identificações estão sendo continuamente deslocadas. Se sentimos que temos uma identidade unificada desde o nascimento até a morte é apenas porque construímos uma cômoda estória sobre nós mesmos ou uma confortadora “narrativa do eu”.

É necessário explicitar, portanto, que a ideia de *crise de identidade* está diretamente relacionada a essa concepção de *sujeito pós-moderno*. Desenvolvida a partir das mudanças estruturais ocorridas nas sociedades modernas, é acompanhada pela crise do mercado produtivo, pelo desemprego em massa e pela crescente desigualdade social, ambas com todas as suas implicações (pauperização, violências, etc) (MAGALHÃES; CARDOSO, 2010). Paradoxalmente aos benefícios trazidos pela globalização, o veloz desenvolvimento tecnológico e a quebra das fronteiras nacionais acentuam o caráter centralizador e discriminador desse processo, culminando com a crescente exploração e alienação do trabalho, bem como a fragmentação e a pluralização na construção das identidades.

Por influenciarem diretamente a vida social dos sujeitos, as considerações acima são relevantes para a compreensão do movimento e da dinamicidade que os papéis assumidos apresentam na constituição das várias identidades. No caso das mulheres estigmatizadas pela doença, por exemplo, estas podem assumir e desempenhar vários papéis ao mesmo tempo: uma usuária casada que é mãe pode participar da reunião de mães na escola de seus filhos; pode desempenhar seu papel de esposa e dona de casa; pode participar das oficinas e feiras da RETRATE e divulgar o trabalho desenvolvido; e pode, inclusive, participar de conferências ou reuniões da associação de portadores de transtornos mentais e reivindicar os direitos dos mesmos.

Nesta dinâmica, em específico, o que se apresenta é a identidade de mulher, trabalhadora e portadora de transtornos mentais; e, essa variedade de ações e comportamentos (que podem ser provisórios e contraditórios) estará, por sua vez, diretamente relacionada à diversidade de exigências dos vários contextos e grupos sociais de que ela participa. Ademais, o entendimento dos novos e múltiplos processos de identificação e diferenciação entre os sujeitos na sociedade plural confirma a ideia de que as identidades, ao serem unificadas somente pelo discurso,

[...] emergem no interior do jogo de modalidades específicas de poder e são, assim, mais produto da marcação da diferença e da exclusão do que o signo de uma unidade idêntica, naturalmente constituída, de uma “identidade” em seu significado tradicional – isto é, uma mesmidade que

tudo inclui, uma identidade sem costuras, inteiriça, sem diferenciação interna (HALL, 2000, p. 109).

Conforme Alvez, Rabelo e Souza (1999, p. 142),

[...] percebe-se a aquisição do rótulo de doente – incluindo a formação (ou transformação) de uma identidade e da auto-imagem – como um processo socialmente organizado, uma vez que ocorre por intermédio de uma realização profissional e, na maioria das vezes, dentro de uma instituição de tratamento, notadamente o hospital psiquiátrico. O recurso à terapia implica a imputação de um papel de doente, e a aquisição de um rótulo. Nesse sentido, o tratamento médico marca uma transição para o status de cidadão de “segunda classe”.

Por conta disso, se faz importante elucidar que, muito embora os grupos sociais venham tornando-se cada vez mais visíveis na cena social, através de reivindicações político-ideológicas nas quais buscam a afirmação da identidade e o reconhecimento da diferença (incluindo-se aqui o Movimento Antimanicomial), nem todas as identidades serão consideradas socialmente de forma positiva, sendo muitas valoradas de forma negativa e/ou estigmatizadas. Conseqüentemente, mesmo que não se possa desconsiderar a importância do discurso hegemônico atual, com forte apelo ético e includente estampado em telenovelas, jornais, revistas, publicações científicas e documentos oficiais, bem como a importância da interação entre os sujeitos portadores de transtornos mentais e os outros ditos normais, os mesmos ainda não possibilitam uma transformação total na forma socialmente construída de entendimento do que seja o estigma social vinculado ao transtorno mental, causando, por conseguinte, uma crise identitária.

1.3 Estigma como categoria de análise

Ao se refletir acerca da questão do direito ao trabalho no Brasil, em que se destaca os alarmantes índices de desemprego estrutural, não se pode ignorar que os portadores de transtornos mentais são duplamente excluídos do âmbito

trabalhista: em primeiro lugar, pelo estigma da doença e; em segundo, pela própria falta de capacitação para o trabalho, derivada de sua condição socioeconômica.

Nesse sentido, ao se considerar o estigma da doença como um forte limitador para o processo de inclusão social, a opção pelas contribuições de Goffman (1980) se deve ao fato de que, para a verificação das implicações do estigma na vida pessoal e social das usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, se faz necessário a análise dessas mesmas mulheres perante seus colegas, técnicas e demais pessoas de seu convívio social, ou seja, no decorrer do processo de interação¹⁰ (GOFFMAN, 1980).

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*. Fernandes (2006) assinala que ele 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 enquanto doente mental, o mesmo deixa de ser um sujeito *normal* e passa a ser um sujeito *diminuído*, desvalorizado e identificado pelo estigma. Goffman (1980) alerta, entretanto, que essa marca analítica do processo de interação pode confirmar ou não a normalidade do outro, logo, ela não é em si mesma nem honrosa nem desonrosa; e isso se deve ao fato de que a concepção de *normal* e *anormal* é construída socialmente, portanto, “o normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante

¹⁰Conforme destaca Nascimento (2009, p. 19), para Goffman “a ordem da interação é um fato ligado à nossa condição humana, já que para a maioria de nós a vida cotidiana decorre da presença imediata do outro e quaisquer que sejam nossos atos, eles tem toda probabilidade de estarem socialmente situados e interligados entre si, e sendo interdependentes nas relações sociais”.

os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro” (GOFFMAN, 1988 apud NASCIMENTO, 2009, p. 79).

À vista disso,

[...] pessoas que em determinado tempo histórico eram consideradas “normais”, em outro tempo histórico podem ser consideradas desviantes e incapazes. Ser ou não ser “normal”, foi caracterizado em todo o tempo histórico, na relação de ser útil socialmente ou não, ou seja, todas as pessoas que não se encaixam nos padrões de produção de bens, ou se desviam em pequenas normas pré-estabelecidas, como condutas morais ou intelectuais, são consideradas estigmatizadas (GOFFMAN, 1988 apud NASCIMENTO, 2009, p. 121).

Ao instituir sua análise por meio de conceitos específicos relacionados à informação social transmitida diretamente pelo sujeito sobre si no decorrer de contatos mistos – “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) –, 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.¹¹

A primeira das duas categorias refere-se aos sujeitos que apresentam aos *normais* uma discrepância visível entre a identidade social virtual e a identidade real¹²; 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.

¹¹Embora de maneiras diferentes, ambas empregam uma variedade de estratégias para lidar com a complexidade das informações que projetam aos outros ditos *normais*.

¹²De 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.

No que tange, especificamente, aos contatos mistos e a 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 se justifica 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, mesmo que dissimulado. Isto, 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.

Mesmo sob uma perspectiva micro-sociológica de estudo o autor não desconsidera questões políticas e técnicas, nem nega a influência de esferas macro-sociológicas nos contextos da vida cotidiana. Por este motivo, ao analisarem a proposição de Goffman, Magalhães e Cardoso (2010, p. 57) ressaltam que a diferença atribuída aos sujeitos

[...] (principalmente quando alinhada ao estigma) é vista como uma quebra das expectativas normativas em determinado contexto sócio-histórico, fruto de relações de poder e controle exercido pelos grupos hegemônicos, que apontam o comum, aceitável e esperado.

Essa perspectiva, a propósito, alerta novamente para um jogo social que se estabelece em torno da identificação e da diferenciação dos sujeitos estigmatizados com os ditos *normais*, pois, conforme Nascimento (2009), embora a proposta atual

seja a de pensar a inclusão social para todos os cidadãos (independentemente de seus estigmas), ela não passa de uma forma romântica de enxergar as coisas. Mesmo que a sociedade insista em dizer que o portador de transtorno mental é um ser humano *normal*, membro do grupo social, na prática, o que se revela é a ênfase dada à sua diferença, ou seja, ao seu estigma, fato este que acaba contribuindo diretamente para a discriminação e, conseqüentemente, para a exclusão social.

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 conseqüências para as pessoas que sofrem com o estigma são muito sérias. A discriminação causa inúmeros danos para um sujeito que se sente estigmatizado, como, por exemplo: baixa auto-estima, baixa autoconfiança e baixa qualidade de vida. É por essa razão que os serviços de saúde mental (no caso, específico, da dissertação, as oficinas de geração de trabalho e renda) têm papel importante no trabalho de redução do estigma na saúde mental. Com o objetivo de propiciar a inclusão social pelo trabalho do portador de transtorno mental, eles além de disseminarem conhecimentos adequados sobre o assunto, também incentivam a 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 identitária.

1.4 A importância do conceito de relação segundo Guareschi

Antes de se falar sobre o paradigma do dom e da dádiva – que não apenas se mantém relevante na sociedade moderna, mas também se constitui como um aspecto essencial das relações sociais –, é necessário tecer algumas considerações sobre o conceito de *relação*, o qual é apresentado por Guareschi (2004) e concebido com central em sua análise. Por *relação* o autor denomina algo que vai além da mera comunicação ou troca, visto que para ele, “uma coisa só, singular, também

pode ser relação” (GUARESCHI, 2004, p. 61). Indo além, ele explica que a relação pode ser definida como

[...] o ordenamento, o direcionamento *intrínseco*, isto é do próprio ser, em direção a outro ser. Mas esse ser, essa realidade, continua “uma” com a diferença que há nela algo que, necessariamente, isto é, na sua própria definição, o obriga a se ligar a outro, a incluir em si um outro, ou outros (GUARESCHI, 2004, p. 61).

Trata-se, portanto, de uma percepção dialética, na medida em que “as coisas necessitam das outras para serem elas mesmas” (GUARESCHI, 2004, p. 61). Assim, ao trazer a concepção de ser humano como relação (e não como ser em relação)¹³, Guareschi (2004) enfatiza que o ser humano, na verdade, é algo como uma soma total das relações que estabelece no decorrer de toda a sua vida, desde o primeiro momento; isto é, desde a primeira relação que foi com ele estabelecida. Para tanto, o autor dá o exemplo do termo *mãe*, afirmando que para uma mulher ser mãe é necessário pelo menos mais duas pessoas, ou seja, o pai da criança (mesmo que desconhecido) e o filho. Usando-se da mesma linha de pensamento, pode-se também utilizar esse raciocínio para definir o termo *usuário*, pois para que uma pessoa venha a ser uma usuária é necessário, antes de tudo, uma rede de serviços de saúde mental, profissionais da área, outros usuários, etc.

Por conseguinte, tanto a identidade é construída pela relação, como a própria exclusão e estigmatização também são exemplos dela. Isso porque, se há pessoas estigmatizadas e excluídas, há dois entes interligados: alguém que estigmatiza e exclui e alguém que é estigmatizado e excluído. “Relação como foi dito, existe sempre que uma coisa não pode, sozinha, dar conta de sua existência, de seu ser” (GUARESCHI, 2004, p. 61).

Entra-se, de tal modo, na questão relativa a um *grupo social*, o qual na visão do autor também é concebido como relação. Para Guareschi (2004), o que constitui o grupo social não é apenas o número de pessoas, tipo e/ou distância entre as elas, mas

¹³O autor destaca que afirmar que o ser humano é *relação*, é diferente de afirmar que é um *ser em relação*, uma vez que alguém pode se relacionar com os outros, mas continuar fechado em si, isolado (GUARESCHI, 2004).

[...] a existência, ou não de *relações* entre as pessoas, os membros, os possíveis componentes de um grupo. Começamos a conferir. Se não há *relação* nenhuma entre possíveis componentes, jamais se poderá falar em grupo: o que existiria, isto sim, seria um “poste” ao lado de outro, sem que ninguém tivesse “algo a ver” com outros. Agora, no momento em que se estabelecer qualquer *relação* entre os possíveis membros, inicia ali algo diferente, que não se reduz a um simples indivíduo. Pode-se dizer que começa ali um grupo. Os membros têm de ter algo “em comum” e esse “comum” é exatamente o substrato do grupo, o que cada componente coloca de seu, nesse grupo; e essa realidade, esse ingrediente, que cada pessoa deixa para a constituição de um grupo é uma *relação* (GUARESCHI, 2004, p. 64).

Portanto, o conceito de relação é importante para a interpretação deste estudo, na medida em que as relações sociais e os vínculos estabelecidos nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE são essenciais no contexto em que as usuárias se assumem enquanto portadoras de transtornos mentais, e se constituem como tal na sua singularidade e subjetividade. No entanto, é válido destacar que cada uma das usuárias se constitui de maneira diferente, produzindo e reproduzindo aquilo que vivencia.

1.5 Sobre o dar, receber e retribuir

Partindo-se de uma análise aprofundada do consagrado *Ensaio sobre a Dádiva* de Mauss (1974) – no qual a metafísica das sociedades tradicionais afirma que tudo precede de uma primeira assimetria, de um dom original -, Caillé (2002), em conjunto com o Movimento Anti-Utilitarista em Ciências Sociais (M.A.U.S.S.)¹⁴, defende um terceiro paradigma para explicar as sociedades modernas: o *paradigma do dom* ou da *dádiva*.

Para definir o que entende por dádiva, também denominada por dom, Caillé (2002) apresenta uma definição sociológica e outra geral, embora complementares entre si:

¹⁴O M.A.U.S.S. surgiu na França, em 1981, com o objetivo de discutir as ideias de Mauss. Lançava, portanto, um novo olhar sobre a ação social e sobre o sujeito humano, se contrapondo ao modelo econômico que triunfava em todos os setores das ciências, desde a década de 1970 (CAILLÉ, 2002).

-Definição sociológica: qualquer prestação de bens ou serviços efetuada sem garantia de retorno, tendo em vista a criação, manutenção ou regeneração do vínculo social. Na relação de dádiva, o vínculo é mais importante do que o bem.

-Definição geral: toda a ação ou prestação efetuada sem expectativa, garantia ou certeza de retorno, por esse fato, comporta uma dimensão de "gratuidade". O paradigma da dádiva insiste sobre a importância, positiva e normativa, sociológica, econômica, ética, política e filosófica desse tipo de ação e prestação (CAILLÉ, 2002, p. 192).

Para o referido autor, duas também são as categorias para precisar a dádiva: a dádiva agonística e a dádiva da partilha. Mauss (1974) analisa a primeira, mas aponta a existência da segunda. Já Caillé (2002) traz questões referentes à última, pois considera que a dádiva não deve ficar restrita a situações de cerimonialidade e de rivalidade, na medida em que envolve inúmeras formas de partilha. Para o autor, esse aspecto é capaz de prover a universalidade da dádiva. Propõe ele, ainda, que a denominação *paradigma da dádiva* ou *do dom* seja substituída por palavras como *associação* ou *aliança* (VERONESE, CARVALHO, 2006).

Outro aspecto do paradigma do dom é a reciprocidade, uma vez que ela se "perpetua pelo dom e pelo contra-dom, fazendo desse modo com que atores alternem-se entre doador e receptor, não havendo, por conseguinte, submissão ou dominação" (VERONESE; CARVALHO; 2006, p. 183).

Temple (1998 apud SABOURIN, 2008) sistematiza as estruturas elementares de reciprocidade ao citar certos valores humanos que as produzem ou reproduzem. Portanto, para o referido autor, a reciprocidade binária simétrica (*face to face*, cara a cara) produz a amizade; a reciprocidade binária assimétrica produz prestígio do doador e obrigação ao receptor (dádiva agonística, *potlach*); e, na estrutura de reciprocidade centralizada, as prestações e as decisões são distribuídas por um centro de redistribuição (o chefe, o poder religioso, o patriarca, o rei, o Estado); neste caso, a confiança torna-se obediência e sujeição ao centro de redistribuição.

A pretensão do paradigma do dom é a superação dos paradigmas individualista (que explica a complexa interação dos indivíduos em livre competição,

rumo à satisfação dos próprios interesses) e holista (que interpreta a dinâmica social mediante a concepção coletivista, na qual a sociedade seria um grande corpo moral e o indivíduo simples célula funcionando como parte de um todo maior), para assinalar que na ação social não há tão-somente cálculo e interesse (material ou imaterial), mas também obrigação, espontaneidade, amizade e solidariedade.

O esforço concentra-se, portanto, em pensar o indivíduo e a totalidade social como mutuamente transcendentem um com relação ao outro, e não como um preexistente ao outro. É a interação entre o indivíduo e a totalidade que permite a apreensão dos sentidos que os sujeitos empregam em suas ações, quando as realizam; seria o paradigma do dom, por conseguinte, “uma verdadeira sociologia e filosofia da práxis” (Caillé, 2002, p. 60).

Nas palavras de Caillé (2002, p. 10), apropriando-se das contribuições de Mauss:

Ao lado da circulação dos bens e serviços no mercado, ao lado da circulação garantida pelo Estado sob a forma de redistribuição, há com efeito um imenso contingente socioeconômico mal percebido, no qual bens e serviços transitam em primeira instância através do mecanismo do dom e do contradom. Como se vê, a sociedade primeira, por uma parte, está ainda viva. E, por outra parte, sob a forma do dom aos estrangeiros e aos desconhecidos, a sociedade moderna dá origem a novas formas de dom que vêm compensar a frieza e o caráter impessoal da socialidade secundária, do mercado, do Estado e da ciência.

Deste modo, a utilização do paradigma do dom nas sociedades modernas contribui para a compreensão de que, embora as relações sociais firmem-se no axioma do mercado e do contrato, no interesse utilitário e em transações de trocas pontuais (no toma-lá-dá-cá das transações monetárias), isso não significa que tal ideário liberal atue de forma hegemônica na sociedade contemporânea, pois as trocas recíprocas (dar, receber e retribuir) se passam anteriormente e revestem aquelas de sentido. Segundo essa forma de pensamento, troca-se por razões que ultrapassam interesses materiais e calculistas, troca-se, sobretudo, por razões simbólicas. Por essa razão, é o laço, a filiação, o que mais importa na relação de troca: o vínculo é mais importante que o bem trocado.

Referente agora aos significados dessas trocas entre os grupos sociais, tem-se que:

Em primeiro lugar, não se trata de indivíduos, trata-se de colectividades que se obrigam mutuamente, trocam e contratam; as pessoas presentes no contrato são pessoas morais [...] Além disso, o que eles trocam não são exclusivamente bens e riquezas, móveis e imóveis, coisas úteis economicamente. São, antes de mais, amabilidades, festins, ritos, serviços militares, mulheres, crianças, danças, festas, feiras cujo mercado é senão um dos seus momentos e em que a circulação das riquezas mais não é do que um dos termos de um contrato muito mais permanente. Enfim, estas prestações e contraprestações embrenham-se sob uma forma preferencialmente voluntária, através de presentes, de prendas, se bem sejam, no fundo, rigorosamente obrigatórias sob pena de guerra privada ou pública (MAUSS, 1974, p. 56).

O que Mauss (1974) problematiza é o fato de o dom apresentar-se sempre sob um emaranhado de interesse e desinteresse. Ao deste modo proceder, afirma que a pessoa que dá não é capaz de satisfazer seu interesse próprio, a não ser pela satisfação do interesse do outro, o que leva a entender que os sujeitos constroem uma relação antes mesmo de pensar em tirar proveito dela.¹⁵

Nesses termos, o dom não trata os opostos como excludentes, ele só se apresenta como operador privilegiado da sociabilidade, porque é necessária e “indissociavelmente livre e obrigatório, de um lado, interessado e desinteressado, por outro lado” (CAILLÉ, 2002, p. 59). O dom se move e fundamenta-se mediante esses paradoxos; e isso, porque, segundo a teoria maussiana da ação, a tríplice obrigação, na verdade, é de alcançar a espontaneidade, a liberdade: trata-se da obrigação de criar e de inovar. Se não houver tudo isso, o conceito de dívida se torna inaplicável.

Há, portanto, quatro ações, dimensões que se entrelaçam e são irreduzíveis uma à outra. O dom não é totalmente desinteressado. Poderíamos dizer que ele privilegia, que sua ação interessa-se pela amizade, pela aliança, pela solidariedade, pelo prazer, pela criatividade, enfim, pelo vínculo social. O dom não deve ser pensado sem o interesse ou fora dele, sem a

¹⁵Assim como a cosmovisão do Comunitarismo Solidário defendida por Guareschi (2004), o paradigma do dom e da dívida também busca explicar a origem do vínculo social, apresentando o ser humano como *sujeito/relação* (VERONESE, CARVALHO, 2006).

espontaneidade e tampouco sem a obrigação (FLACH; SUSIN; 2006, p. 194).

Por fim, percebendo-se as relações sociais por esse ângulo, o qual permite visualizar que os sujeitos estabelecem vínculos e laços sociais não aleatoriamente, mas sim pelo interesse recíproco de realizar trocas, é correto pensar que o paradigma do dom se presta a interpretação deste estudo, na medida em que sugere que as mulheres portadoras de transtornos mentais se dispõem a participar das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE a partir do momento em que compreendem a sua lógica (a qual, para além da geração de trabalho e renda, baseia-se na construção e perpetuação de valores éticos e afetivos no decorrer das relações sociais), e nela desejam inserir-se.

Capítulo 2 – Do Tratamento Moral ao Direito do Trabalho. Construção de uma sociedade inclusiva?

Com o objetivo de apresentar um breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e utilizar desses conhecimentos prévios como pano de fundo para a compreensão da importância das políticas sociais públicas voltadas à inclusão social pelo trabalho – e, conseqüentemente, da importância da implantação das oficinas de geração de trabalho e renda no município de Pelotas –, o presente capítulo reconstitui o lugar social designado ao portador de transtornos mentais no decorrer das últimas décadas no Brasil, bem como a luta do Movimento Antimanicomial para a reformulação dos dispositivos de cuidado e atenção em saúde mental.

A partir dessa contextualização histórica, defende-se que as políticas públicas voltadas à inclusão social pelo trabalho não devem assumir apenas uma fachada político-econômica (somente estabelecendo leis e normas para *incluir os excluídos*), devem elas promover também ações efetivas para garantir a sustentabilidade dos empreendimentos e a cidadania dos portadores de transtornos mentais. A inclusão social pelo trabalho deve ser entendida, portanto, para além da inclusão no processo produtivo. Não obstante, é de conhecimento de todos que tal tarefa exige tempo, participação e conscientização de toda a sociedade, visto que ela compreende o exercício de direitos, produção de autonomia e fortalecimento da contratualidade.

Em termos estruturais o capítulo está organizado em cinco seções: (I) *Do tratamento tradicional à conquista da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro*; (II)

Reforma Psiquiátrica: origens e características principais; (III) Programa de Inclusão Social pelo trabalho: parceria entre os campos da saúde mental e da economia solidária; (IV) Consolidação da Reforma Psiquiátrica no município de Pelotas; e (V) Histórico das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE.

2.1 Do tratamento tradicional à conquista da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro

Até meados do século XIX, a perturbação da paz social e os obstáculos ao crescimento econômico representaram circunstâncias cruciais para que os brasileiros portadores de transtornos mentais fossem banidos de circular livremente pelo território nacional e passassem a ser aprisionados e segregados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, nos presídios, e nas enfermarias das casas de caridade, sempre que provocassem distúrbios na ordem pública (GUERRA, 2004). Nesse período, não existia uma definição precisa do que era loucura¹⁶ e, por isso, o destino conferido a esses sujeitos despossuídos da razão plena e da liberdade de escolha era o mesmo conferido a outros marginalizados, cujas desvantagens sociais e econômicas contrariavam a ordem previamente estabelecida pela burguesia (quais sejam os desempregados, os mendigos, os insanos, e os inaptos).

O tratamento dado aos portadores de transtornos mentais só foi modificado no ano de 1852, quando devido à superlotação da Santa Casa de Misericórdia, bem como ao crescimento das denúncias contra as internações arbitrárias e torturas sob forma de tratamento médico, o imperador D. Pedro II inaugurou no município do Rio de Janeiro o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil: o Hospício D. Pedro II¹⁷.

¹⁶Conforme Souza (1999, p. 145): “O enclausuramento do louco em uma instituição de reclusão não tinha então finalidade terapêutica, nem se fundamentava no conhecimento de uma patologia específica. A designação de alguém como louco e sua internação não dependiam de uma ciência médica, mas de uma percepção do indivíduo como ser social”.

¹⁷É válido destacar também que a substituição do internamento geral pelo específico não se estabeleceu apenas pela criação de “uma nova consciência da loucura, que se apresentava revestida de um certo humanitarismo” (SOUZA, 1999, p. 146), mas, sobretudo, pela nova avaliação da pobreza na ordem capitalista: “naquele novo contexto, a pobreza, como força de trabalho, tornava-se fundamental para a riqueza das nações, e portanto já não deveria ser encarcerada. O louco, sim, ao

Considerado o marco institucional na história da assistência psiquiátrica brasileira, ele foi o resultado da articulação entre o Estado e a Igreja Católica, representando uma resposta ao problema social da loucura (MARTINS, 2009).¹⁸

Embasado nos conceitos da psiquiatria européia, o Hospício D. Pedro II impunha a reeducação moral através do trabalho como condição terapêutica. Porém, embora tivesse sido considerado de dianteira no tratamento dos transtornos mentais, a instituição especializada também acabou cedendo “lugar à negligência, aos maus tratos, à violência e mortes” (BRANDÃO, 1897 apud MARTINS, 2009, p. 88). Logo após o advento da República, no ano de 1890¹⁹, denúncias sobre o trabalho desenvolvido nessa instituição culminaram na sua subordinação à administração pública. Diante de tal contexto, o D. Pedro II passou a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados, e teve em sua administração o Doutor João Carlos Teixeira Brandão, representante da classe médica (MARTINS, 2009; GUERRA, 2004; LEÃO, 2006), o qual teve sua gestão

[...] caracterizada pela ampliação dos asilos, criação da primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina e a primeira escola de enfermagem, sistematizando a formação de profissionais para a especialidade (WILLRICH, KANTORSKI, 2008, p. 55).

A remodelação procedida levou a inauguração do modelo de assistência psiquiátrica asilar no país, o que acabou por contribuir para a construção das duas primeiras colônias agrícolas da América Latina, localizadas na cidade do Rio de Janeiro: as Colônias São Bento e Conde Mesquita (ambas também inauguradas no ano de 1890, as quais tinham a finalidade de servir ao Estado e à sociedade, de forma a reduzir os altos custos com a assistência).

contrário dos pobres, deveria permanecer isolado em asilo, pois era considerado incapaz para o trabalho e perigoso para o restante da população” (SOUZA, 1999, p. 146).

¹⁸“Esta instituição possuía características idênticas as do modelo francês elaborado por Pinel e Esquirol, porém o contexto de sua fundação foi bem diferente. Enquanto na França o hospital para alienados foi resultado de um amplo debate político, que iniciou com a revolução de 1789, sobre a assistência prestada a insanos; no Brasil o hospício foi uma solução pacificamente adotada. Além de ser o orgulho do Imperador Dom Pedro II, era o símbolo de civilização e parte do projeto normalizador de medicina” (WILLRICH, KANTORSKI, 2008, p. 47).

¹⁹“Neste momento a loucura passou a ser referendada pela ciência que a transforma em doença mental” (WILLRICH, KANTORSKI, 2008, p. 55).

Com o objetivo direcionado à criação de instituições auto-sustentáveis, as novas colônias agrícolas criadas também tinham como eixo norteador o tratamento moral, ou seja, a disciplina imposta pelo trabalho (MARTINS, 2009; GUERRA, 2004; LEÃO, 2006). Constituindo-se como solução para o problema do portador de transtorno mental, o tratamento oferecido nessas instituições se justificou pelo trabalho agrícola, o qual, primeiramente, proporcionava o aprendizado da ordem, da disciplina e da regularidade e, posteriormente, a reinserção do indivíduo na sociedade como um sujeito útil. Conforme Amarante (1995) e Guerra (2004), a adoção desta modalidade de tratamento correspondeu à primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Além do Rio de Janeiro, onde no mesmo período foram criadas a Colônia do Engenho de Dentro, para mulheres, e as Colônias Psicopatas-Homens, e Barra do Pirai²⁰, outros municípios também adotaram a mesma modalidade de tratamento, como por exemplo: Barbacena e Oliveira (MG), Cuiabá (MT) e São Luiz (MA). Com características de colônias agrícolas, as atividades nessas instituições se voltavam para o plantio de frutas e hortaliças, e para a criação de animais. Ademais, nomeadamente nas colônias masculinas, também funcionavam “oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, carpintaria e marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria e, por fim, pintura de paredes” (SOARES, 2004 apud GUERRA, 2004, p. 32-33).

Não obstante, conforme destaca Martins (2009), embora tenha ocorrido a expansão das colônias agrícolas no decorrer das primeiras décadas da República, as mesmas foram exitosas somente no que tange à exclusão, fracassando na inclusão social e na terapêutica, pois, além de superlotadas, tinham como princípio uma relação hierárquica e servil, em que, sem nenhuma remuneração para o doente, a força de trabalho era explorada sem que as condições mínimas de salubridade fossem oferecidas em contrapartida.

Esta situação evidenciava [, por sua vez,] a incompetência da Assistência psiquiátrica brasileira – que ao invés de promover a cura promovia a

²⁰As duas últimas criadas após o fechamento das Colônias São Bento e Conde Mesquita.

cronificação da doença mental – e a falta de princípios humanitários, em nome dos quais os médicos reivindicaram para si o controle das instituições. Assim, a eminente função social do hospital psiquiátrico de exclusão, manteve-se mesmo após a substituição da psiquiatria empírica pela psiquiatria científica (WILLRICH, KANTORSKI, 2008, p. 59).

Na contramão dessas práticas que previam a exploração do trabalho dos portadores de transtornos mentais aparece no ano de 1946 a figura da Doutora Nise da Silveira. A mesma, ao trabalhar dentro do Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação na Colônia Engenho de Dentro, direcionou sua atenção ao benefício do doente e não mais à doença, e, desta forma, passou a fomentar o desenvolvimento de “atividades artísticas e recreativas, produto da espontaneidade do paciente” (MARTINS, 2009, p. 95). Em que pese sua influência tenha contribuído muito para o que hoje leva o nome de *oficina terapêutica*, até meados da década de 1980 seu trabalho não tinha sido reconhecido, “devido a um grande avanço da indústria farmacêutica e do pensamento organicista cada vez mais hegemônico” (MARTINS, 2009, p. 95).

Especificamente, atinente ao pensamento organicista, tem-se que esse se respaldou, num primeiro momento, no governo de Getúlio Vargas, o qual estruturou o tratamento manicomial estatal a partir da implementação dos grandes asilos públicos urbanos. No entanto, mesmo que no final da década de 1950 esse mesmo governo tenha instituído reformas centradas no modelo de comunidades terapêuticas e na difusão do Movimento pela psiquiatria comunitária e preventiva²¹, logo as mesmas foram novamente substituídas pelo modelo privatista na área da saúde, originado nos governos militares.

Quanto à experiência das comunidades terapêuticas, Tenório (2002) ressalta que elas propunham, de forma geral, a construção (a partir da psicanálise) “de um novo modelo discursivo/organizacional” (DELGADO, 1992 apud TENÓRIO, 2002, p. 29) que comandasse e remodelasse as “ações do cotidiano hospitalar” (DELGADO, 1992 apud TENÓRIO, 2002, p. 29). No entanto, ainda que estas comunidades não tivessem sido absorvidas pelos manicômios privados, não interessados em

²¹A qual estabelecia “as idéias de ‘saúde mental’ (por oposição à ‘doença mental’)” (TENÓRIO, 2002, p. 28).

mudanças, elas acabariam por fracassar no seu projeto de ser “a solução do problema manicomial e resolver a questão da liberdade no interior do hospício” (DELGADO, 1992 apud TENÓRIO, 2002, p. 29). Já acerca do Movimento da psiquiatria comunitária, se propôs um programa “mais amplo de intervenção na comunidade” (TENÓRIO, 2002, p. 30), visando, sobretudo, “evitar o adoecimento mental” (TENÓRIO, 2002, p. 30). Nesta perspectiva, o projeto teve como objetivo detectar e resolver as situações críticas, para que as mesmas não chegassem à internação. Nesse processo, a prevenção à doença mental se traduziu no mote de promover a saúde mental.

Ocorre que, conforme já indicado anteriormente, com as reformas propostas pelos governos militares na área da saúde mental, especialmente, após o golpe de 1964, adotou-se um modelo privatista que teve como principal agente financiador o extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No novo modelo, as práticas adotadas pelo governo Vargas foram substituídas pelo tratamento assistencial centrado no hospital psiquiátrico, e “a cultura manicomial com suas práticas e concepções excludentes” (MENDES, 2007, p. 21) foi novamente fortalecida. É de se salientar aqui, por oportuno, que, aquela época (diante do reducionismo positivista que concebeu a doença mental como um fenômeno estritamente biológico, desconsiderando: fenômenos sociais, políticos, culturais, dentre outros), a concepção do trabalho como caráter terapêutico perdeu sua relevância frente às novas tecnologias medicamentosas (GUERRA, 2004; MARTINS, 2009; ANTUNES, QUEIROZ, 2007).

Diante do exposto, fica claro que, até o início da década de 1970 – embora os hospitais psiquiátricos já tivessem se transformado nos maiores e mais violentos espaços da “exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades” (AMARANTE, 1995, p. 491) –, a sociedade como um todo ainda não tinha consciência e nem conhecimento das consequências advindas do tratamento dado aos portadores de transtornos mentais.

Somente em 1978, no contexto de redemocratização do país, que emergiram “as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central” (TENÓRIO, 2002, p. 32), e

surgiram “as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma” (TENÓRIO, 2002, p. 32), as revelações sobre os saberes e as práticas reservadas ao tratamento de portadores de transtornos mentais nos hospitais psiquiátricos do país. Naquele contexto, não se criticavam “os pressupostos dos asilos e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios” (TENÓRIO, 2002, p. 32).²²

2.2 Reforma Psiquiátrica: origens e características principais

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um Movimento histórico de caráter político, social e econômico. Embora contemporâneo ao surgimento do Movimento pela Reforma Sanitária²³, ele sempre possuiu história própria, estando “inscrito num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (MENDES, 2007, p. 22). Fundado no final da década de 1970, o Movimento foi o resultado de uma maturidade teórica e política alcançada através da conscientização da sociedade civil organizada, mas, principalmente, da constituição do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Para Amarante (1995), o referido Movimento²⁴ abriu espaço para a antipsiquiatria no país, se transformando em um ator estratégico para as reformas no campo da saúde mental, pois foi – e continua sendo – o responsável pelas críticas

²²Foi também em 1978 que foi criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, um movimento plural “formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (BRASIL, 2005, p. 7). Ao combinar reivindicações trabalhistas a um discurso humanitário, o movimento alcançou grande repercussão na luta pela reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil.

²³No qual a saúde é vista como um direito de todos e um dever do Estado.

²⁴Influenciado diretamente pela experiência da *Psiquiatria Democrática Italiana*, promovida por Franco Basaglia, bem como pelos representantes da Antipsiquiatria na Europa, como, por exemplo, Robert Castel, Felix Guattari e Erving Goffman, os quais estiveram no Brasil em 1978 para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições.

ao modelo psiquiátrico clássico e pela defesa da inversão do modelo explicitamente médico-terapêutico, a partir do conceito de *desinstitucionalização*.²⁵

Sobre essa mesma temática Alvez, Rabelo e Souza (1999, p. 139) enfatizam que:

Em tal contexto, as discussões travadas no seio das ciências sociais desempenharam um papel não negligenciável na elaboração das reformas psiquiátricas, que ocorreram em diversos países. A que conduzia essa reflexão? Em primeiro lugar pode-se dizer que conduzia a uma certa relativização acerca da realidade da doença mental e dos recursos usualmente empregados para tratá-la. Essa idéia se pauta em um argumento que se pode chamar de construtivista, pois revela que tanto a loucura quanto as respostas destinadas a lidar com ela emergem de determinados contextos sociais. Em grande medida o que se procurava mostrar era que se a loucura (tal qual como concebida pela psiquiatria) e o manicômio surgiram um dia, também poderiam vir a ter um fim. Ainda que nem sempre se negasse a existência de um substrato biológico que inclinasse alguns indivíduos a certos tipos de comportamentos, defendia-se a idéia de que a “loucura” era também um fenômeno social e trazia as marcas da sociedade em que fora criada.

Diante de tal conjuntura, a década de 1980, além de favorecer, ainda que timidamente, uma série de mudanças nas esferas política, econômica e social, configurou-se como um marco para a gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, igualmente como para o processo de redemocratização do país, pois, conforme Tenório (2002, p. 34),

[...] além do amadurecimento da crítica do modelo privatista/asilar – segregador, a década de 80 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa

²⁵O referido conceito, primeiro utilizado nos Estados Unidos e na Europa, não significa apenas *desospitalização*, mas também *desconstrução*. Isto é, superação de um modelo arcaico da doença como falta ou erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. *Desinstitucionalização* significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto quer dizer não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violências e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A *desinstitucionalização* é, desse modo, um processo acima de tudo *ético* (mais do que técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político), de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos; de uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, e não um cativo (AMARANTE, 1995, p. 494).

de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental.

No que tange especificamente a mudança no atendimento aos portadores de transtornos mentais, e a incorporação de novos protagonistas ao MTSM, no contexto dos princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde (ocorrida no ano de 1986, na capital federal), “marco histórico da mobilização instituinte da área da saúde, de afirmação do princípio de participação, controle social, na direção da democratização do Estado” (BRASIL, 2006, p. 112) e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁶, destaca-se a I Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro, no ano 1987. Isto porque, nela ficou claramente definida a crítica ao “modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais” (BRASIL, 2002, p. 13).

É igualmente de se salientar a ocorrência do II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em Bauru (SP), nesse mesmo ano. Tal Congresso, fundado sob o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, ampliou o MTSM²⁷ significativamente, ao ultrapassar sua natureza técnico-científica e o tornar um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. Além disso, o Movimento organizou sua estrutura administrativa como um fórum nacional, passando a englobar várias entidades, como Organizações Não Governamentais (ONGs) e Conselhos de familiares, técnicos, artistas, intelectuais e doentes mentais (AMARANTE, 2003; MAIA; FERNANDES, 2002). Ainda com o objetivo de ampliar o Movimento, o Congresso instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Já em 1989, três novos acontecimentos influenciaram as práticas e os sentidos do trabalho no cenário brasileiro de políticas públicas. Os dois primeiros referem-se à implementação do Programa de Saúde Mental de Santos (SP) e do

²⁶Cabe destacar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde viabilizou várias iniciativas para o cumprimento de seus objetivos. Estes, por sua vez, culminaram com a disposição de suas propostas na Constituição Federal de 1988, a qual consolidou o marco legal do Sistema Único de Saúde, “como sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2006, p. 35).

²⁷Neste segundo encontro o MTSM passou a chamar-se Movimento Antimanicomial.

Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira de São Paulo (SP) – considerados experiências institucionais bem-sucedidas no que tange ao novo tipo de cuidado em saúde mental –, o terceiro acontecimento, por sua vez, refere-se a um projeto de lei apresentado pelo Deputado Federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais (PT-MG).

Especificamente, atinente ao processo de intervenção da Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, sua repercussão nacional demonstrou a possibilidade de substituição do hospital psiquiátrico (local de maus-tratos e mortes que funcionava com mais de 500 internos) por um conjunto de ações desenvolvidas pelo complexo e exemplar Programa de Saúde Mental de Santos durante o processo de desinstitucionalização. Naquela época, com o modelo assistencial substituído por um modelo aberto, começou-se a se priorizar os projetos de inserção social no trabalho através da implantação de uma rede de cuidados que derivavam dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

A experiência do município de São Paulo, por sua vez, além de representar o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, tornou-se o exemplo mais consagrado e paradigmático no que diz respeito à implementação de um novo modelo de cuidado na psiquiatria brasileira. Resultante de uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, essa experiência articulou os pressupostos do saber psiquiátrico ao novo campo de saber, produziu novas concepções de como entender a doença mental e promoveu seu tratamento e cura.

Os referidos serviços na área da saúde acabaram por ganhar destaque ao compreender o processo saúde-doença em termos ampliados, ou seja, por acreditarem que a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais é possível somente no momento em que o tratamento passa a estruturar saberes e práticas que envolvem as dimensões emocional, social e familiar dos sujeitos, possibilitando, dessa forma, que cada um, dentro de sua singularidade e subjetividade, possa desenvolver-se a partir da positivação de sua identidade.

Embora apresentassem diferenças entre si, os NAPS e os CAPS eram considerados serviços similares e encontravam-se regulamentados no plano federal pelo Ministério da Saúde, através das portarias nº 189, de 1991, e nº 224, de 1992.

Não obstante, posteriormente, com a portaria nº 336, de 2002, a denominação NAPS foi extinta, abrindo a possibilidade, até então inexistente, de criação de mecanismos próprios de financiamento pelo SUS à rede de CAPS, diferenciando-os conforme o grupo populacional a ser atendido: crianças; adolescentes; usuários de álcool e outras drogas; e portadores de transtornos mentais severos e persistentes.

Assim, com a repercussão dessas experiências em contraposição a pouca eficácia apresentada nas reformas intra-hospitalares no que se refere à resolução dos problemas dos portadores de transtornos mentais institucionalizados, em 1989 foi apresentado pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG) o projeto de lei nº 3.657, o qual, além de respaldar legalmente “a transformação das práticas psiquiátricas, a ampliação e proteção dos direitos à saúde e o respeito à cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais” (JORGE; FRANCA, 2001, p. 3), previa a extinção gradativa dos manicômios por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidado.

No entanto, embora o projeto marcasse o início das lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, o mesmo só foi aprovado após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Isso porque, mesmo depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou várias dificuldades no Senado, tendo sido aprovado em seu lugar um substitutivo que representou um recuo político quanto à substituição asilar. Assim, “na volta à Câmara dos Deputados, [conseguiu-se] suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e a lei finalmente aprovada – Lei 10.216, de 6 de abril de 2001” (TENÓRIO, 2002, p. 36) – foi considerada progressista pelo Movimento da reforma.²⁸

O ideário reformista do Movimento também foi influenciado internacionalmente pelo compromisso brasileiro firmado ao assinar a Declaração de Caracas (na Venezuela) de 1990, a qual – sob o patrocínio da Organização Pan-

²⁸“Mesmo com os avanços assegurados após a promulgação da lei 10.216/2001, diferente da legislação italiana a lei brasileira não cessou a característica de **periculosidade** que o acometido supostamente possuiria, pois segundo os códigos penais e civis poderia a qualquer momento – devido a seu desajuste – cometer atos contra si próprio ou contra as relações sociais contratuais” (TILIO, 2007, p. 200).

Americana de Saúde – propôs: a reestruturação imediata da assistência psiquiátrica através do respeito aos direitos humanos e civis dos portadores de transtornos mentais; a ampliação das alternativas ao tratamento desses indivíduos; e a adequação das legislações dos países, de forma a promover a reorganização dos serviços e a garantia de seu cumprimento.²⁹

Diante de tal conjuntura, na década de 1990 foi regulamentada a implantação do SUS e, por via de consequência, o delineamento e a consolidação dos processos que compunham o cenário da Reforma Psiquiátrica atual³⁰. Conforme Tenório (2002, p. 41),

[...] entre os muitos pontos a destacar estão a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com postos de coordenação e gerenciamento ocupados por partidários da reforma (no caso do Rio de Janeiro, nos três níveis gestores: federal, estadual e municipal); a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade de experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo.

Sobressai-se, assim, a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) em 1992. Concebida como um marco na história da psiquiatria brasileira, contou com a ampla participação do governo e de prestadores de serviços, bem como de usuários e familiares, em suas diversas etapas, estabelecendo dois modelos conceituais: a atenção integral e a cidadania.

Segundo essa nova referência paradigmática, as críticas ao modelo hegemônico foram aprofundadas e o delineamento de um novo modelo assistencial expressivamente “diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania” (BRASIL,

²⁹A influência ainda foi reforçada pela Carta das Organizações das Nações Unidas (ONU) de 17 de dezembro de 1991 (baseada na Declaração Universal de Direitos Humanos), que já defendia a reversão do modelo dominante de atenção à saúde mental (MENDES, 2007).

³⁰Embora uma nova hegemonia já tivesse sido construída, havia ainda “a prevalência do manicômio como principal recurso [...] destinado a massa” (TENÓRIO, 2002, p. 42).

2002, p. 14) foi formalizado. Ademais, as questões em torno do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização foram desenvolvidas. Por passarem a ter “mecanismos de financiamento previstos pelo SUS, [estas instituições expandiram-se] continuamente, passando de três serviços deste molde em 1990, para mais de 240 em 2000” (BRASIL, 2002, p. 7).

No período subsequente a II CNSM³¹, o Movimento Antimanicomial inspirado pelo projeto de lei Paulo Delgado³² conseguiu “aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 8). Portanto, nesse contexto, no qual as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica começaram a ficar mais definidas, a expansão das primeiras experiências dos CAPS/NAPS e Hospitais-dia (seguidas pela lógica de descentralização do SUS) permitiram tanto a criação dos primeiros mecanismos para a fiscalização e qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, como a criação das primeiras redes de atenção psicossocial que acabaram por viabilizar a substituição de leitos e instituições inadequadas às exigências de assistência e respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais. De igual forma, as novas normatizações do Ministério da Saúde contribuíram para a introdução de mudanças na área da assistência psiquiátrica, especialmente, no que se refere à produção de um novo saber no campo da reforma, e da adoção de um modelo de atenção voltado para a desinstitucionalização.

Entretanto, apesar das transformações transcorridas nessa primeira década, ainda eram perceptíveis os problemas apresentados quanto à reestruturação do modelo de atenção psicossocial, sobretudo a descontinuidade do processo de expansão dos CAPS/NAPS. Conforme Amarante (1995 apud MENDES, 2007, p. 30),

[...] em que pesem ainda a participação social, a aprovação de legislação de Reforma Psiquiátrica e o surgimento de um grande número de serviços, o modelo psiquiátrico asilar tradicional em pouco foi afetado. Até o momento, as doenças mentais estão entre as causas que mais incapacitam as

³¹Mas em consonância com a mesma.

³²Nome pelo qual passou a ser chamado o projeto de lei nº 3.657, de autoria do referido parlamentar.

peças para o trabalho, entre as principais internações e ocupam o primeiro lugar com gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil.

Assim sendo, foi somente no início do século XXI, mais especificamente, entre o final do ano 2001 e o início do ano 2002, no contexto da promulgação da lei federal nº 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou maior sustentação e visibilidade. Sob o lema *Cuidar sim. Excluir não*, a III CNSM consolidou a Reforma Psiquiátrica como política oficial de governo, propondo “a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 25).

Compartilhando dos princípios de controle social do SUS (universalidade, equidade e integralidade), a conferência também atribuiu aos CAPS/NAPS uma importância central e estratégica para a mudança do modelo de assistência centralizada em macro-instituições psiquiátricas, sustentando a importância da criação de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas³³ e estabelecendo o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).³⁴

Outro acontecimento significativo ocorreu em 2004: o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial (I CBCAP). Com expressão nacional, o evento reuniu mais de 2.000 participantes. Naquela ocasião (os CAPS foram finalmente reconhecidos como modelo de atenção comunitária pelos governos federal, estadual e municipal, bem como pelos movimentos sociais), houve uma aproximação maior entre a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho, diante da demanda instituída pelo movimento da Reforma Psiquiátrica de inclusão dos usuários dos

³³Incorporando a estratégia de redução de danos.

³⁴Conforme disposição do Ministério da Saúde, um CAPS ou NAPS “é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004, p. 13). Seu objetivo é “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

serviços de saúde mental no trabalho. Tais órgãos, no entanto, já dialogavam a contar do ano de 1999, desde a aprovação e publicação da lei de Cooperativas Sociais.³⁵

Portanto, mesmo que o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação tivesse se tornado política pública no Brasil a partir dos anos 1990, foi somente em 2002, após uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que o mesmo ganhou maior projeção. Destarte, com a liberação de linhas específicas de financiamento para a consolidação da Reforma pelo Ministério da Saúde, as redes de atenção psicossocial experimentaram uma significativa expansão, alcançando regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (MENDES, 2007).

Além da expansão de serviços como os CAPS, houve no mesmo contexto a implantação de um novo conjunto de entidades e dispositivos de cuidado e atenção no campo da saúde mental, os quais apresentaram resultados significativos tanto no âmbito federal, como no estadual e municipal, proporcionando a reorganização da assistência em saúde mental, bem como a redução de leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos em todo o país. Citam-se, como exemplos: os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) instituídos enquanto política nacional pelas portarias n^{os} 106 e 1220 (as duas do ano de 2000), as quais visavam à construção de casas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia e o auxílio no processo de reintegração de pessoas portadoras de transtornos mentais graves na comunidade; o Programa de Volta Para Casa (PVC), criado pela lei federal n^o 10.708 e regido pelas portarias GM (Gabinete do Ministro) n^{os} 2077 e 2078, ambas de 2003, o qual objetivava “contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 aos beneficiários” (BRASIL, 2005, p. 17); e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), que pretendia “promover a redução

³⁵Embora essa lei tenha sido aprovada no ano de 1999, até o momento não houve a sua regulamentação.

progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais [...] e hospitais de grande porte [...]” (BRASIL, 2005, p. 18).

Em suma, o novo enfoque dado pela Reforma Psiquiátrica não buscou meramente fomentar e difundir novos saberes e práticas com relação à loucura, mas, sobretudo, reescrever e reconstruir as relações que se estabeleciam entre a sociedade e os portadores de transtornos mentais, intervindo diretamente nas situações que produziam a exclusão social. Não se tratou dessa forma, de preterir a questão técnica, assistencial, mas de redefinir seu lugar numa estratégia mais ampla e humanizada de ação.

2.3 Programa de Inclusão Social pelo trabalho: parceria entre os campos da saúde mental e da economia solidária

A primeira etapa da Reforma Psiquiátrica cumpriu com êxito sua tarefa. Contudo, com o surgimento dos primeiros CAPS, dos SRT, do PVC, dos Centros de Convivência e Cultura, dos leitos em hospitais gerais e das Oficinas Terapêuticas, tornou-se de suma importância discutir o sentido do trabalho na vida dos portadores de transtornos mentais, visto que sua potencialização representou um dos principais desafios ao Movimento Antimanicomial. Se antes sua relevância denotava norma moral, entretenimento ou componente terapêutico, nesse novo contexto (se estabeleceu a busca pela inclusão social e a cidadania plena) o trabalho adquiriu outro significado: aqueles que antes eram vistos simplesmente como doentes em tratamento, começaram a ser vistos como trabalhadores.

Diante da nova conjuntura, foi apresentado pelo Deputado Federal Paulo Delgado, no ano de 1994, um novo projeto de lei que previa a instituição de cooperativas sociais no cenário brasileiro. Estimulado pela demanda crescente posta pelo Movimento Antimanicomial de tornar política social pública a inserção dos portadores de transtornos mentais e de dependentes de álcool e outras drogas no mundo trabalho, o projeto visou incentivar a criação de outras iniciativas de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental. Entretanto, embora o texto final

tenha sido aprovado em 1999³⁶ (com a promulgação da lei federal nº 9.867), o debate ganhou força apenas no ano de 2001, com a III CNSM, pois foi a partir daí que 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, p. 99).

A intersecção entre o campo da saúde mental e o campo da economia solidária não aconteceu por acaso. O estabelecimento do ideal econômico-solidário “como movimento de luta contra a exclusão social e econômica, surge como parceiro natural para a discussão da exclusão das pessoas com transtornos mentais do mercado de trabalho” (BRASIL, 2005, p. 36). 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.

Assim sendo, conforme Amarante (1997, p. 176), 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.

Foi então através da articulação entre os dois Ministérios “que o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho das pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes de álcool e outras drogas [começou] a ser delineado” (BRASIL, 2005, p. 37). O desafio, por sua vez, sempre foi a reinserção social de portadores de transtornos mentais por meio da construção de empreendimentos solidários e autogestionários.

³⁶ Cinco anos após sua protocolização.

Conforme Martins (2009), dentre as 591 propostas apresentadas no relatório final da III CNSM, 13 abordaram a questão da inserção pelo trabalho, sendo 6 destas, em especial, relacionadas à questão da inserção de portadores de transtornos mentais no modelo cooperativista. São elas:

420. Criar legislação de incentivos fiscais para que as pessoas físicas e empresas possam aderir às políticas de inclusão dos portadores de transtorno mental, seja através de inserção no mercado formal de trabalho, seja através do apoio às cooperativas sociais.

421. Criar projetos de geração de renda, cooperativas de trabalho [...] através de políticas intersetoriais, em parceria com instituições públicas, privadas e sociedade civil organizada que viabilizem a sua efetivação.

423. Fazer cumprir e exigir a revisão dos vetos da Lei nº 9.867 (Lei de Cooperativas Sociais), garantindo os incentivos fiscais especiais e outros benefícios ali dispostos.

424. Fomentar e apoiar a criação de cooperativas sociais através da divulgação de formas de captação de recursos e da promoção e treinamento cooperativista, garantindo a inclusão de usuários, familiares e voluntários.

425. Garantir abertura de linha de crédito especial a associações de usuários de saúde mental, para a constituição de cooperativas e projetos de geração de emprego e renda [...]

430. Que os serviços substitutivos, associações de usuários e familiares e ONGs da saúde mental busquem constituir parcerias com o FAT [Fundo de Amparo ao Trabalhador] e SEBRAE, grupos de economia solidária e outros, visando promover cursos de qualificação profissional e formação de cooperativas de trabalho e empresas sociais para usuários de saúde mental (BRASIL, 2002 apud MARTINS, 2009, p. 112).

Como desdobramento da III CNSM, realizou-se no ano de 2004 (como já referido em momento anterior), o I CBCAP – o qual contou com a participação do Professor Paul Singer, Secretário Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego (SENAES/MTE) –, e aproximou-se ainda mais os campos da saúde mental e da economia solidária³⁷, contribuindo para a instituição de uma parceria permanente entre os dois Ministérios e entre os movimentos correspondentes no âmbito do governo federal.

³⁷No contexto brasileiro, a economia solidária (hoje política oficial do Ministério do Trabalho e do Emprego) apresenta-se como uma renovação (ou reatualização) histórica do cooperativismo. Seu surgimento remonta ao início do século XX, a partir de uma série de atividades econômicas que objetivavam o resgate dos ideais de cidadania, bem como o resgate de um projeto político acerca da economia social.

Ainda em 2004, iniciou-se o mapeamento das iniciativas de inserção no trabalho desenvolvidas a partir da saúde mental³⁸, o que desencadeou uma série de ações direcionadas à implementação de propostas colocadas durante a III CNSM. Também nesse mesmo ano, os Ministérios da Saúde e do Trabalho estabeleceram uma parceria para instituir o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, o qual foi oficializado somente em 2005, com a publicação da portaria Interministerial nº 353 (MARTINS, 2009).

Desse período em diante, uma série de eventos correlatos passaram a ocorrer em todo o país, com o objetivo de implementar as propostas colocadas pela sociedade civil. À vista disso, cabe aqui evidenciar três desses espaços de construção coletiva: a Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental (OGRT), o Grupo de Trabalho Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária (GTI) e a Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para Gestores Públicos da Saúde Mental (ou simplesmente Turma Nacional).

A primeira OGRT foi organizada em parceria pela Secretaria Nacional de Economia Solidária e o Ministério do Trabalho. Ocorrida nos dias 22 e 23 de novembro de 2004, na Universidade de Brasília, reuniu 78 iniciativas de inserção no trabalho de pessoas com transtorno mental (fossem elas cooperativas, associações ou grupos de trabalho). Com o objetivo voltado ao delineamento e fomento de propostas de colaboração permanente entre as políticas de saúde mental e economia solidária, tais iniciativas, embora heterogêneas, compartilhavam o determinante ético da produção de autonomia e da inclusão social. Em sua maioria, nasceram nos CAPS e nos Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2005).

O Ministro da Saúde, àquela época, considerou que era

[...] preciso construir ações objetivas, por meio de políticas e de participação da sociedade, para que tais experiências se [consolidassem, ampliassem, superassem e pudessem] atender com mais efetividade às necessidades dos usuários, propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação dos manicômios (BRASIL, 2006, p. 8).

³⁸Não se restringindo àquelas que estavam articuladas à economia solidária ou ao cooperativismo.

Pautado nas discussões e debates que continuavam a ecoar após a realização da OGRT, o GTI ocorreu no ano de 2005. Composto pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, gestores do SUS, representantes das iniciativas de geração de renda, e sociedade civil, tinha como principal objetivo possibilitar uma “discussão mais sistematizada [...] em torno dos temas da saúde mental e da economia solidária e a inclusão destes temas nas agendas sociais” (BRASIL, 2005, p. 37) das três esferas de governo. Foi em decorrência desse GTI que, em julho de 2005, criou-se a portaria GM nº 1.169, e o Ministério da Saúde passou a liberar, pela primeira vez, recursos financeiros para os municípios que desenvolviam atividades de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental.³⁹

Já a Turma Nacional ocorreu em Brasília, entre os dias 28 a 31 de março de 2006, “reunindo gestores públicos da saúde mental, representando 40 municípios de todas as regiões do país” (MARTINS, 2009, p. 116). O evento teve como principal objetivo a descentralização e a participação das três esferas de governo na construção, no fomento e na implementação da política de inserção no trabalho das pessoas com transtorno mental, por meio da capacitação de gestores municipais da política de saúde mental, buscando a criação de uma Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária (MARTINS, 2009).

2.4 Consolidação da Reforma Psiquiátrica no município de Pelotas

As primeiras ações voltadas para a implementação de um serviço com características extra-hospitalares no município de Pelotas se deu em 1987, com a fundação do Conselho Municipal de Entorpecentes, das Ações Integradas em Saúde (AIS) e do Plano de Saúde do Município. Àquela época,

[...] um grupo de profissionais (um psicólogo, um assistente social, um psiquiatra e um médico clínico) da Secretaria Municipal de Saúde que não aceitavam apenas a assistência oferecida pelos dois hospitais psiquiátricos existentes na época em Pelotas, idealizou um trabalho voltado para a

³⁹Recursos esses que variavam de cinco a quinze mil reais, conforme o número de usuários.

atenção em Saúde Mental através de ações comunitárias (WILLRICH et al, 2011, p. 81).

Contrariando a proposta inicial do secretário de saúde da época, a qual previa apenas a realização de trabalhos de consultoria em saúde mental junto às equipes de atenção básica, surgiu a ideia de atendimento, através de grupos⁴⁰, da população portadora de transtornos mentais nos postos de saúde das zonas rural e urbana.

No ano de 1991, com a mudança do governo municipal, houve o primeiro concurso público para contratação de profissionais da área em questão. Com a missão de buscar espaço para o desenvolvimento da saúde mental comunitária e desenvolver ações preventivas e de consultoria, ingressaram três equipes, as quais eram compostas por um psicólogo, um psiquiatra e um assistente social. Foi então, em setembro de 1992, que uma das equipes se instalou no Posto de Saúde Simões Lopes, e deu início a primeira experiência de reabilitação psicossocial no município de Pelotas.

Inicialmente, o trabalho desses profissionais voltou-se para um processo de divulgação da proposta de organização de um grupo terapêutico e para o levantamento dos sujeitos portadores de transtornos mentais do bairro Simões Lopes (que leva o mesmo nome do referido Posto de Saúde) junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) e a um dos hospitais psiquiátricos municipais. Após o levantamento, tanto os portadores de transtornos mentais, como seus familiares, foram visitados pela equipe e convidados a participar dessa nova proposta de cuidado em Saúde Mental na UBS. “Entretanto, essa proposta encontrou resistência na comunidade, e principalmente nos familiares desses pacientes crônicos, que até então reconheciam somente o hospital psiquiátrico como espaço de tratamento das doenças mentais” (WILLRICH; KANTORSKI, 2008, p. 121).

Buscando superar a resistência e a falta de vontade política e social de mudar a realidade dos pacientes, com transtorno mental crônico, a equipe de Saúde Mental da Unidade Básica do Simões Lopes, iniciou a primeira

⁴⁰“Esses grupos eram organizados no final da tarde, pois nesse horário as pessoas já haviam terminado suas atividades” (WILLRICH; KANTORSKI, 2008, p. 116).

experiência de reabilitação psicossocial no município de Pelotas, através de um grupo com cinco pacientes egressos do hospital psiquiátrico, que se reuniam uma vez por semana. Concomitante a assistência prestada ao portador de transtorno mental, iniciou-se uma aproximação da família, que até então estava a margem do processo de cuidado (WILLRICH; KANTORSKI, 2008, p. 124).

Assim, ao final de um ano, com o trabalho já estruturado, ficou visível para a equipe a necessidade de ampliação e intensificação dessa assistência, “de forma que fosse oferecido maior suporte aos pacientes, oportunizando a eles reinserção social” (WILLRICH et al, 2011, p. 82). Foi então que a Diretora e o coordenador da Casa de Cultura João Simões Lopes Neto, que funcionava no Castelo Simões Lopes, cederam um *quarto de banho*, com aproximadamente (25 m²) e que não era muito usado, para a equipe de Saúde Mental. Neste novo espaço, em novembro de 1993, deu-se início a trajetória do serviço de atenção em saúde mental no Castelo (o CAPS Castelo).

Com a atenção e o cuidado direcionados totalmente à reinserção dos portadores de transtornos mentais (bem como ao resgate da cidadania, da autonomia e da plena garantia dos seus direitos sociais), além dos atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas começaram a ser ministradas semanalmente pelos profissionais e estagiários que chegavam instigados e entusiasmados com a nova proposta de prática voltada à atenção psicossocial (priorizando principalmente as atividades artísticas, como a pintura, a música e o teatro).

Foi devido à luta desses profissionais, bem como a dos familiares e dos próprios usuários que, em 1995, o espaço para as atividades dentro do Castelo Simões Lopes foi ampliado. Além disso, o trabalho foi estruturado e a atenção prestada aos portadores de sofrimento psíquico foi aumentada, até que as atividades passassem a ser realizadas diariamente durante o turno da tarde (WILLRICH; KANTORSKI, 2008). A vitória obtida acabou viabilizando a realização de sarais poéticos, de festas comemorativas (como o Baile de Máscaras do Castelo) e a participação em feiras e eventos da comunidade (como o desfile no carnaval de rua, junto à Escola de Samba Acadêmicos da Saúde). Ademais, para a consolidação e divulgação desse novo jeito de cuidar, passou-se a ser comemorado, no calçadão da

cidade, o 18 de maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial – (QUADROS et al, 2010).

Numa cidade até então conhecida nacionalmente pela sua tradição manicomial, o CAPS Castelo foi considerado um ícone, uma referência para a implementação e regulamentação da Reforma Psiquiátrica. De tal modo, o mesmo também foi o responsável pela efetivação de várias parcerias; entre as principais, cita-se: a parceria com a UFPEL, instituição responsável pelo encaminhamento de vários estagiários das Faculdades de Ciências Domésticas, Artes Plásticas, Medicina e Enfermagem; e a parceria construída com o CAPS Nossa Casa, de São Lourenço do Sul, a qual serviu também como apoio para a estruturação teórica e prática do CAPS Castelo.

Particularmente no que toca à relação estabelecida com o CAPS Nossa Casa, cabe destacar que a mesma

[...] foi fortalecida em 1997, quando o serviço recebeu o prêmio “Vanda Gimbrusk” oferecido pelo Nossa Casa. Este prêmio tinha como objetivo homenagear as pessoas e os serviços que lutaram e tiveram destaque, na região ou no Estado, nos avanços da reforma psiquiátrica e divulgar os serviços de saúde mental na comunidade.

O prêmio foi recebido como forma de reconhecimento ao trabalho pioneiro desenvolvido pelo Castelo. E, em forma de retribuição ao convite e à acolhida em São Lourenço a equipe do Castelo organizou, no mesmo ano, um encontro envolvendo o CAPS Nossa Casa, as equipes de Saúde Mental de Pelotas e os usuários atendidos junto às UBS pelas equipes de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde. Este encontro, devido ao grande público foi chamado de I Encontro (WILLRICH et al, 2011, p. 85).

Além disso, sob as bases de uma relação autogestionária e não-alienante, o CAPS Castelo foi o responsável pela criação de espaços coletivos de discussão (sobre o serviço de saúde mental de Pelotas) entre usuários, pais e profissionais, dentre os quais se destacam as assembléias gerais, onde os usuários e os familiares tinham total autonomia e podiam discutir e reivindicar seus direitos. Foram essas assembléias, a propósito, que motivaram a criação da Associação dos Usuários de Saúde Mental de Pelotas (AUSSMP) e “o primeiro conselho gestor local com estatuto e registro na Secretaria de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde” (QUADROS et al, 2010, p. 20).

No ano de 2001, novamente com a mudança do governo municipal, o cargo de SMS ficou sob responsabilidade de um médico sanitarista, com trajetória na luta pela implementação do SUS. Naquele contexto, juntamente com a realização das Conferências Municipal⁴¹, Regional e Estadual de Saúde Mental, Pelotas deu início à política de saúde mental do município.

O primeiro passo para a efetivação do projeto de institucionalização do Castelo e de outros serviços foi a divisão da cidade em distritos sanitários. Desta forma, o município foi dividido em sete distritos, seis na zona urbana e um na rural. Assim, em cada distrito foi estruturado um Centro de Atenção Psicossocial, que passou a ser responsável pelo atendimento à população de seu território (WILLRICH et al, 2011, p. 90).

Assim, o CAPS Castelo foi reconhecido publicamente pelo próprio Ministério da Saúde, o qual lhe concedeu o prêmio David Capistrano⁴². Já, em 2002, foi cadastrado, conforme as portarias n^{os} 224, de 1992, e 336, de 2002, como CAPS II: serviço de atenção psicossocial aberto, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Os demais serviços (que tiveram o CAPS Castelo como referência): CAPS Fragata, Baronesa, Escola, Zona Norte e Porto, após cumprirem as exigências previstas para a regulamentação enquanto CAPS II, foram cadastrados a partir do contato entre a Coordenação Municipal e a Coordenação Nacional de Saúde Mental (WILLRICH et al, 2011).

Contudo, apesar das conquistas e avanços,

[...] devido ao péssimo estado de conservação do antigo prédio, o Castelo Simões Lopes, o CAPS foi retirado por ordens da Secretaria de Saúde desse lugar onde muitas pessoas foram assistidas e tiveram suas vidas resgatadas e restituídas, onde foi construído um novo olhar para o portador de transtorno mental e que simbolizava toda essa trajetória dentro da cidade de Pelotas (QUADROS et al, 2010, p. 22),

⁴¹A Conferência Municipal teve como objetivo divulgar o trabalho que estava sendo realizado, de estruturação dos serviços e de mudanças na cultura hospitalocêntrica da cidade ((WILLRICH; KANTORSKI, 2008, p.174).

⁴²Prêmio dado pelo Ministério da Saúde, como forma de incentivo ao trabalho que vinha sendo realizado no campo da saúde mental. “A importância do prêmio deveu-se principalmente ao reconhecimento dos avanços da reforma psiquiátrica no município” (WILLRICH et al, 2011, p. 91).

sendo transferido para uma casa alugada, no mesmo bairro, para a manutenção das atividades. Esse novo espaço, no entanto, possuía uma área física menor, o que impossibilitou a continuidade de algumas atividades.

Atualmente, com população de 328.275 habitantes (IBGE), a Rede de Atenção ao Usuário de Saúde Mental em Pelotas conta com um hospital psiquiátrico, um ambulatório, 10 leitos psiquiátricos em hospital geral, sete CAPS nível II – sendo que um é o CAPS Álcool e Drogas (AD), para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas –, e um CAPS nível I (infantil, inaugurado no ano de 2011). Além dos CAPS, a rede conta ainda com as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE.

2.5 Histórico das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE

A ideia de fundar as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE partiu de uma terapeuta ocupacional que, após trabalhar na GerAção-POA (empreendimento econômico e solidário porto-alegrense), passou em um concurso público na cidade de Pelotas, onde, depois de muitas discussões acerca da temática, convenceu a Coordenação de Saúde Mental a investir na sua idealização.

Pautada no pensamento de Silva (1997 apud LUSI, 2009, p. 116), a terapeuta em questão defendia que,

[...] os projetos de inserção laboral devem germinar já emancipados dos serviços de saúde mental. Isso não quer dizer que os usuários que trabalham não devem estar inseridos em projetos terapêuticos. Ao contrário, acredita-se que seria mais eficaz se o percurso de inserção laboral ocorresse em paralelo com seu percurso terapêutico, com o acompanhamento de um profissional responsável pela conexão entre o serviço de saúde mental e o processo de inserção laboral do mesmo.

Embora essa conexão entre os profissionais da rede de saúde mental do município não se instituisse de forma eficaz, uma vez estabelecidas, mas sem ter um espaço próprio e sem receber muitos incentivos da Secretaria de Saúde, as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE aconteceram na garagem do

CAPS AD e sua produção consistia apenas na reciclagem de garrafas *pet* e de papel jornal.

Com o objetivo de ampliar sua área de atuação e ocupar espaços de circulação social na cidade, as técnicas instituíram uma parceria com a Secretaria de Qualidade Ambiental e com o Horto Municipal, a qual proporcionou aos usuários um curso de formação para o trabalho com horta. Tal iniciativa foi reconhecida pelo governo federal, e a RETRATE foi um dos cinco grupos do Brasil a ser convidado pelo Ministério da Saúde para participar como expositor na II Feira Nacional de Agricultura Familiar e Reforma Agrária, que ocorreu em Brasília, entre os dias 29 e 02 de outubro de 2005. O serviço também foi o primeiro a receber o incentivo da portaria GM nº 1.169, do Ministério da Saúde (de julho de 2005), para organizar e implementar uma oficina de papel reciclado e de costura, através da compra de um liquidificador semi-industrial, de uma prensa hidráulica e de uma máquina de costura.

Sendo referência para todos os CAPS no município de Pelotas no que se refere às questões de inclusão social através do trabalho, a RETRATE oferece atualmente sete oficinas aos usuários, a saber: costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê, tear, reciclagem de papel e pintura em tecido. Ademais, no presente momento, atuam diretamente nesse serviço: duas artistas plásticas, uma assistente social e uma técnica de enfermagem. Todas servidoras concursadas.

Por causa de problemas de natureza diversa, apresentados nos locais em que se encontrava instalada, de 2005 até hoje a RETRATE teve seu espaço de trabalho transferido cinco vezes. Devido à interdição da antepenúltima estrutura pelo corpo de bombeiros, ocorrida em julho de 2010, o grupo precisou interromper suas atividades por cerca de três meses, pois não teve um novo espaço cedido pela SMS. Após este período, e com o desenrolar de algumas manifestações das técnicas e dos usuários (especialmente: nas reuniões com a Associação de Usuários e Trabalhadores de Saúde Mental; nas reuniões com a SMS; e nas Conferências de Saúde Mental), apenas a oficina de costura voltou a ser ministrada, em um pequeno espaço cedido pelo CAPS Escola (localizado na Rua General Osório, nº 500). Neste espaço, as atividades se desenvolveram apenas entre os meses de outubro a

dezembro de 2010, pois, no final de dezembro daquele ano, devido à insatisfação com o descaso da SMS para com o trabalho desenvolvido nas oficinas, tanto por parte das técnicas quanto das usuárias, optou-se por encerrar as atividades temporariamente, com a justificativa de que entrariam em férias coletivas.

Somente no final de fevereiro de 2011 que a SMS finalmente liberou a chave de um novo espaço, localizado no segundo andar do CAPS Escola (situado à Rua General Telles, nº 815). Este novo ambiente (amplo, arejado e colorido, com cinco salas bem espaçosas, três banheiros e uma cozinha – com fogão, geladeira, mesa e um armário grande –) é, sem sombra de dúvidas, a melhor estrutura sob a qual o grupo desenvolveu suas atividades até o momento.



Figura 1 – Fachada do atual espaço de trabalho da RETRATE

Fonte: acervo pessoal.

Enfim, quanto aos pontos de comercialização dos produtos confeccionados, cita-se: a feira da Avenida Bento Gonçalves (organizada pela Secretaria de Urbanismo do município), a feira Bem da Terra, Comércio Justo e Solidário (organizada pelo NESIC da UCPEL), além de outros eventos promovidos pelo departamento da Secretaria da Saúde encarregado das questões em torno da saúde mental e entidades parceiras.

Capítulo 3 – Aspectos metodológicos

Com o objetivo de descrever o percurso teórico-metodológico adotado nesta pesquisa, o presente capítulo traz algumas considerações acerca das bibliografias específicas sobre a sociologia da vida cotidiana e a história oral de vida. Metodologias essas utilizadas na pesquisa qualitativa, e que permitiram o trânsito analítico entre o cotidiano das usuárias, nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE e fora delas, bem como a apreensão de suas biografias e narrativas. Nesse processo, não somente a inserção em campo e a estratégia de trabalho adotada são abordadas, mas também a importância do vínculo estabelecido entre pesquisadora, técnicas e usuárias, e os desafios enfrentados nessa tarefa.

De modo a melhor especificar os pormenores metodológicos, o capítulo se apresenta em quatro segmentos, quais sejam eles: (I) *Traçando o caminho metodológico: sociologia da vida cotidiana e história oral*; (II) *Princípios éticos*; (III) *Processo metodológico: a inserção em campo e a estratégia de trabalho adotada*; e (IV) *Caracterização dos sujeitos da pesquisa*.

3.1 Traçando o caminho metodológico: sociologia da vida cotidiana e história oral

Ao inter-relacionar o campo das Ciências Sociais com o campo da Saúde Mental, a abordagem teórico-metodológica pautou-se tanto na sociologia da vida

cotidiana (através da prática etnográfica, ou seja, através da imersão da pesquisadora no cotidiano das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, onde se analisou as interações entre o grupo e as práticas relacionadas às estruturas de reciprocidade), como na história oral de vida (onde se realizou entrevistas com as usuárias em suas próprias casas).

A metodologia referente à sociologia da vida cotidiana se mostrou satisfatória na medida em que permitiu apreender a situação a ser verificada no local de trabalho dos sujeitos, auxiliando, igualmente, na compreensão do modo como as usuárias da instituição examinada agiam e davam sentido ao seu mundo, apesar do estigma incorporado a partir da 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), sempre associado à ideia de presente, daquilo que acontece todos os dias e que implica rotina de repetição. “À rotina relaciona-se a ideia de caminho, de rota, que por sua vez, pode estar ligada semanticamente a 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).

Para cumprir com tais objetivos, os métodos e as técnicas de natureza etnográfica compuseram o conjunto de instrumentos que a pesquisadora considerou e carregou consigo para o campo de observação. Ademais, por estar “o método

etnográfico fundado na procura por alteridades: outras maneiras de ver (ser ou estar) no mundo” (FONSECA, 2004, p. 12), seu caráter analítico-descritivo exigiu que a pesquisadora – “ao participar das relações sociais e procurar entender as ações no contexto [da] situação observada” (MAY, 2004, p. 176) – descrevesse no *diário de campo* praticamente todos os detalhes da realidade analisada e vivenciada, bem como as angústias, dúvidas e incertezas subjacentes a esta. O foco deste estudo fixou-se, portanto, na particularidade dos detalhes e na unidade de acontecimentos da vida cotidiana, pois, na medida em que se fez necessário considerar o *normal* como não-familiar, a busca pelos significantes preponderou sobre a busca pelos significados (STECANELA, 2009).

Ao deslizar seu olhar pelo social, a pesquisadora foi desafiada o tempo todo a imaginar, descobrir e construir, a realidade observada (PAIS, 2003), mantendo-se aberta a tudo o que ocorria, mesmo quando, aparentemente, nada ocorria. Logo, ao utilizar-se da metodologia da sociologia da vida cotidiana, buscou “revelar a vida social na textura ou na espuma da ‘aparente’ rotina de todos os dias, como a imagem de uma película fotográfica” (PAIS, 2003, p. 31).

Em relação à *narrativa*, esta também foi considerada como “um processo integrante da construção teórica e metodológica do objeto de estudo” (STECANELA, 2009, p. 71). Isto porque, embora a mesma “seja distinta da ação, faz parte dela como elemento constitutivo” (STECANELA, 2009, p. 72). É por essa lógica que o diálogo com a história oral de vida se configurou como um facilitador para a compreensão da realidade pesquisada, pois se entendeu que a mesma 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 espalha 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).

Pela mesma lógica, tendo como um dos aspectos relevantes a construção da memória individual ou coletiva, destaca-se a fala de Portelli (1996, p. 2), quando esta atenta para o fato de que “recordar e contar já é interpretar” e, através dessa afirmação, ressalta que “o principal paradoxo da história oral e das memórias é, de fato, que as fontes são pessoas, não documentos” (PORTELLI, 1996, p. 2) e, portanto, que as narrativas recolhidas estão sempre impregnadas por subjetividades que são inerentes ao seres humanos.

A história oral de vida também é, a propósito, um método muito utilizado no campo da enfermagem e no da saúde mental, justamente por auxiliar na “compreensão de contextos socioculturais mais amplos da história e dos significados atribuídos a assuntos específicos por seus membros, no cotidiano” (GONÇALES; MACHADO, 2007, p. 463). Trata-se, por conseguinte, “de uma importante fonte de apreensão da história pessoal, inserida no social” (GONÇALES; MACHADO, 2007, p. 463). Ao dar voz às usuárias, acabou-se conhecendo a realidade passada (passado remoto) e presente (do momento da captação das informações) de acordo com os seus pontos de vista, e, além disso, forneceu-se um espaço para que elas falassem e escutassem suas próprias vozes.

Outra assertiva que igualmente se destaca é a de Bosi (1994), quando esta afirma que o pesquisador, ao optar por uma abordagem qualitativa, e, na prática etnográfica, atuar como *observador participante* (buscando a compreensão do caráter dinâmico e totalizador das relações, representações e situações sócio-econômicas e culturais da sociedade), deve considerar-se tanto sujeito como objeto, pois como sujeito indaga, procura saber e, enquanto objeto, ouve, registra acontecimentos e falas, torna-se um instrumento de recebimento e de transmissão da memória, sente-se um meio através do qual alguém se vale para transmitir suas lembranças.

Nessa mesma perspectiva, 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 através 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 (as quais 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 de forma que as usuárias pudessem lê-lo antes de assiná-lo. Após a feitura das transcrições das entrevistas, a pesquisadora retornou à casa das usuárias para que elas pudessem ler as informações transmitidas e, assim, autorizar a publicação através da *Carta de Cessão*. Nesta etapa, os nomes das técnicas do serviço, bem como das usuárias, não se tornaram públicos, conforme acordo previamente estabelecido.

Em síntese, a escolha por essas duas práticas metodológicas justifica-se fundamentalmente por se acreditar que o contexto em que as usuárias estão inseridas, da mesma maneira como as experiências e as representações propagadas por suas falas, deram forma as suas vivências, apontando no sentido de uma determinada compreensão da problemática, tanto pelas entrevistadas, como, conseqüentemente, pela pesquisadora, tendo em vista que a mesma não opera apenas como informante, mas, sobretudo, como intérprete. Nas palavras de Alvez, Rabelo e Souza, (1999, p. 19), “assim fazendo, não estamos postulando uma equivalência ou mesmo redução da experiência ao discurso narrativo, mas reconhecendo uma vinculação estreita entre a estrutura da experiência e a estrutura narrativa [...]”.

3.2 Princípios éticos

Por envolver as usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, bem como a comunidade acadêmica, a análise em questão pautou seus objetivos na ética profissional, com a finalidade de salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Para tanto, 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.

3.3 Processo metodológico: a inserção em campo e a estratégia de trabalho adotada

Embora a inserção nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE não tenha se constituído como um problema para a realização deste estudo, visto que a monitoria e os vínculos previamente estabelecidos nos anos de 2007 e 2008 tornaram-se um facilitador para a realização das observações etnográficas, teve-se o cuidado, desde o primeiro reencontro, de prestar todas as explicações necessárias às responsáveis técnicas pelas oficinas, e igualmente de solicitar o consentimento das mesmas.

Após todos os acertos com as responsáveis técnicas, passaram a ser feitos contatos com as usuárias no decorrer das oficinas, para a apresentação do projeto e o imediato questionamento sobre o interesse de participação no mesmo. Frisa-se aqui, por oportuno, que sempre se ressaltou que a desistência de participação por parte das usuárias poderia ocorrer em qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo a elas ou ao grupo. Nessa empreitada, quem guiou todo o processo de pesquisa foi o 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 essas mulheres realizavam, bem como o contexto em que estavam inseridas (MAY, 2004). Destarte, com os devidos cuidados, sempre houve a preocupação em criar-se um vínculo maior com as

usuárias, de forma que, no momento das entrevistas, essas pudessem expor seus pensamentos e sentimentos sem se sentirem constrangidas por estarem na frente de uma estranha.

O abraço diário, juntamente com a pergunta de forma interessada e amável se *elas estavam bem*, foi essencial para a criação desse vínculo, de forma que, em vários momentos, usuárias e profissionais atuantes no serviço se dispuseram a falar sobre suas vidas, sem ao menos serem questionadas sobre o assunto. Ademais, o reconhecimento diário pelo comprometimento com as oficinas, bem como pelo trabalho desenvolvido, fez com que as usuárias sentissem prazer em compartilhar com a pesquisadora o conhecimento adquirido, ensinando-lhe tudo aquilo que desejasse aprender e solicitando seu auxílio sempre que necessário.

Conforme Stecanela (2009), por ser fortemente sublinhada pela lógica da descoberta e, portanto, acompanhada pela dúvida e pela incerteza, a perspectiva metodológica escolhida não é livre de angústias, de tensões e crises. Desse modo, designadamente em relação ao agir da pesquisadora, cabe destacar que, em vários momentos, esta ficou sem saber como proceder, sem saber o que falar e mesmo o que pensar sobre os dados obtidos em campo. O fato de ter-se feito muito presente no decorrer do trabalho de campo (dando sugestões no que poderia ser modificado para o melhor andamento das oficinas; ficando responsável pelas oficinas e usuárias, enquanto as técnicas resolviam seus problemas pessoais ou do grupo; se mostrando interessada em ajudar, seja bordando, fazendo crochê, escrevendo projetos a serem encaminhados para a própria Secretaria de Saúde; etc), contribuiu para que tanto as usuárias se sentissem à vontade para reclamar da postura das profissionais, como para as profissionais aproveitarem a sua presença para falarem umas das outras e mesmo das usuárias.

Além disso, quando os usuários recebiam o acolhimento na RETRATE, ou mesmo quando profissionais da rede iam até o serviço por questões diversas, a pesquisadora não era apresentada como tal, mas como voluntária. No entanto, se por um lado isso era considerado benéfico, na medida em que contribuía para que todos se sentissem a vontade com sua presença, por outro lado era considerado complexo demais, pois muitas vezes ela se sentia indiretamente cobrada por ter

passado quase uma semana sem aparecer, ou mesmo quando dizia que não poderia ser a única responsável pelas usuárias ao participar de algum evento proposto pela rede de saúde mental.⁴³

No que tange a realização das entrevistas, é válido realçar que a pesquisadora foi muito bem recebida pelas usuárias em suas casas. Todas, sem exceção, fizeram questão de lhe dar toda a atenção possível, respondendo tranquilamente as perguntas realizadas. Sem demonstrarem nenhum receio ou constrangimento, as usuárias foram aos poucos trazendo à tona suas histórias de vida. Talvez isso se deva ao fato da pesquisadora ter se mostrando aberta ao diálogo e realmente interessada pela história de cada uma delas. Muitas das histórias contadas não foram escutadas somente no decorrer das entrevistas, visto que por diversas vezes, na ânsia de serem ouvidas, as usuárias aproveitavam a presença da pesquisadora em alguma sala da RETRATE para, como elas mesmas diziam, *adiantar* as histórias de suas vidas.

Porém, apesar de falarem abertamente sobre tudo o que era questionado, algumas usuárias preferiram não divulgar as reclamações com relação às profissionais e ao serviço como um todo, enfatizando que os problemas acabam sempre sendo contornados e que elas não queriam criar desavenças com ninguém. Ademais, é necessário destacar que as profissionais atuantes no serviço representam a verdadeira autoridade do local, assim sendo, ao instaurar qualquer conflito (seja direto ou indireto) com as mesmas, as usuárias acreditam que poderão ser afastadas do grupo.

Assinala-se, portanto, que, ao participar das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE (com o objetivo de observar as relações de reciprocidade que se estabelecia entre o grupo), bem como ao realizar as entrevistas (privilegiando a história de vida das usuárias), a pesquisadora tornou-se parte desse contexto, modificando e sendo modificada por ele (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1993). Nesse sentido, o trabalho proposto para a dissertação de mestrado se consolidou de forma

⁴³Como foi o caso do Mental Tchê, ocorrido no município de São Lourenço (RS), onde as técnicas por problemas diversos não poderiam participar e, por conta disso, queriam que a pesquisadora acompanhasse as usuárias na viagem.

gradual e lenta, visto que a necessidade de discussão sobre o processo de produção de uma etnografia apresentou-se como uma reflexão constante, na medida em que, por determinados momentos, era a condição de pesquisadora que predominava, mas, por outros, era a condição de voluntária das oficinas.

Discorrendo sobre esse mote, Pereira (2008, p. 21) giza que:

A relação que está implícita na realização dos trabalhos de campo, diz respeito ao estabelecimento de uma “experiência próxima e distante”, em que a primeira define o ponto de vista dos sujeitos, dos informantes, enquanto o segundo, o ponto de vista do pesquisador, do cientista. Sendo assim, o desafio maior de qualquer investigador de campo, encontra-se na sua capacidade de mediar à interpretação de ambos, o que é referido por Guertz (1997) na idéia de círculo hermenêutico, que prevê saltos contínuos, que relacionam a visão da totalidade através das partes para a visão das partes através da totalidade, ou seja, a conversão do ponto de vista dos nativos em interpretação antropológica.

No que diz respeito agora à duração do trabalho de campo, este teve início no dia 05 de novembro de 2010 (sendo realizadas em média quatro visitas semanais, com duração de 4 horas cada) e se estendeu até o dia 06 de dezembro de 2011. No mais, foram entrevistadas cinco usuárias do sexo feminino; mas, em função do falecimento de uma delas no decorrer do trabalho de campo (e da não consecução da colheita de sua assinatura em tempo hábil junto à Carta de Cessão), foram utilizadas na pesquisa apenas quatro entrevistas.

3.4 Caracterização dos sujeitos da pesquisa⁴⁴

Concordando com Alvez, Rabelo e Souza (1999, p. 17) no sentido de que

[...] a ênfase na experiência de indivíduos singulares não deve ser entendida [...] como defesa de uma noção de subjetividade enquanto posição soberana de um ego transcendental, senão como busca de elucidar os modos pelos quais indivíduos se reorientam em um mundo – de relações com outros, atividades e planos coletivos – por vezes profundamente

⁴⁴Salienta-se, desde já, que, com o objetivo de preservar a identidade das usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE entrevistadas, os nomes utilizados neste capítulo e nos demais são fictícios, embora suas narrativas sejam verdadeiras.

alterados pela doença. Interessa-nos compreender interações e diálogos, mas também as emoções, imagens, projetos e identidades que constituem um contexto para essas interações, ao mesmo tempo em que são constituídos e reconstituídos no seu transcurso.

Assim, com o intuito de proporcionar uma melhor compreensão acerca do perfil de cada usuária deste estudo, apresenta-se abaixo uma breve caracterização de cada caso, a qual consta de alguns dados de identificação, além da própria impressão da pesquisadora sobre a postura das usuárias no decorrer das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE.

A primeira entrevistada foi Hera. A mesma sempre trabalhou como autônoma ou como auxiliar de serviços gerais e, atualmente, é aposentada. Tem 66 anos, é divorciada e possui dois filhos (os dois são casados) e três netos. Mora sozinha. Estudou até a 5ª série. É católica. Participa da RETRATE desde 2005 e, quando questionada sobre a importância do serviço, destacou que: “[com relação à depressão] ajuda sim, porque ali a gente é uma família, com as gurias principalmente [...]”.

Quando soube que a pesquisadora realizaria entrevistas individuais, foi logo se oferecendo para participar, afirmando que já tinha participado de várias pesquisas e que adorava falar sobre a sua vida. Entretanto, se no decorrer das oficinas ela se mostrou desinibida e determinada, durante a entrevista essa imagem se desfez, pois com o olhar distante e com o tom de voz baixo, falou pausadamente e de forma fragmentada, demonstrando tristeza e nostalgia. O que mais se destacou em sua narrativa foi a frase, “eu já passei muito trabalho, muito trabalho mesmo”. Era como se ela tivesse esquecido a presença da pesquisadora e conversasse com seus pensamentos mais íntimos.

Apesar de ter a amizade de todas as usuárias, era visível o descontentamento das profissionais para com o seu jeito de agir e para com o seu trabalho. Segundo elas, a usuária em questão distorcia as informações e seu trabalho na oficina de costura não apresentava qualidade. Ademais, toda vez que era repreendida, se estressava e se afastava da RETRATE, retornando um tempo depois, devido à insistência de suas colegas de oficina.

Nos últimos meses do trabalho de campo Hera estava com a taxa de açúcar no sangue muito alta, precisando cuidar de sua alimentação e, principalmente, do estresse, visto que o seu problema era considerado pelos médicos como emocional. A união dos seus problemas pessoais com as mudanças ocorridas na RETRATE, no entanto, fizeram com que ela fosse parar no hospital com 800 mg/dl (miligrama por decilitro) de açúcar, sendo que a dosagem normal da glicose no sangue é atualmente considerada entre 70 e 100 mg/dL. Mas, apesar de se mostrar chateada e debilitada, a importância do grupo em sua vida fez com que ela comparecesse a festa de final de ano, levando presentes tanto para as técnicas como para as suas colegas de oficina.

A entrevista com ela teve duração de mais ou menos 4 horas. No decorrer desse tempo, além de responder às questões propostas, fez questão de mostrar toda a casa, e igualmente as pinturas que ela mesma faz em guardanapos para vender e uma caixa com os vários remédios que toma. Para finalizar o encontro, serviu um café com o bolo feito especialmente para esperar a pesquisadora.

Atena foi a segunda a ser entrevistada. Ela é costureira aposentada, tem 55 anos, possui três filhos (sendo um solteiro, um separado e uma casada), dois netos e é separada. Mora com os dois filhos homens. Estudou até a 5ª série. É católica, mas frequenta a umbanda. Participa da RETRATE desde 2006 e, quando questionada sobre a importância do serviço, destacou que: “[...] *para mim é como se fosse a minha família. Eu gosto delas, adoro todas elas. Tanto as gurias com as técnicas, todo o pessoal de lá né?! [...]*”.

Quatro dias antes de ser entrevistada Atena sofreu um infarto durante a participação em um curso de informática oferecido pelo NESIC. Uma semana depois do encontro, tentou se suicidar por três vezes, sendo necessária em função disso a sua internação no hospital Espírita com vigilância 24 horas. Porém, apesar da ocorrência dos últimos episódios, quem via a felicidade e a presteza dela desde o início do ano de 2011 não imaginaria que esses acontecimentos fossem possíveis. Mesmo no decorrer da entrevista ela se mostrou muito feliz e despreocupada com a sua saúde. Com um diálogo lúcido e concatenado, sua única preocupação estava no *ballinho* que ela queria ir logo à noite, pois além de ter que esconder as manchas

arroxeadas que haviam se formado em sua pele após o infarto, também tinha que convencer os dois filhos mais moços a lhe deixarem sair de casa. Para ela, a explicação para o infarto estava na mudança que tinha realizado por conta própria nos horários de sua medicação, com o objetivo de ir para os *bailinhos* à noite sem se sentir sonolenta.

Nos últimos meses seu programa preferido era sair para dançar. Saía 3 a 4 vezes por semana, e justificava o feito afirmando que para ela a dança era uma terapia. Todos os dias chegava a RETRATE contando sobre as paqueras do *bailinho* anterior, bem como sobre os *namorados* que arrumava, mesmo que muitos viessem a se tornar uma tremenda dor de cabeça. Recebia, por conta disto, vários conselhos das demais usuárias, sendo que algumas delas achavam que ela estava no caminho errado, visto que estava se desviando dos ensinamentos de Deus. Mas, como sua satisfação era nítida, ela não demonstrava nenhum tipo de aborrecimento com os comentários alheios, dando-se ao direito de apenas ignorar o que não condizia com o seu pensamento.

Além de ser querida por todos, também era considerada indispensável na oficina de costura. Por ser a única com capacitação para trabalhar na máquina de costura, quando faltava, tudo o que precisava ser passado na máquina ficava em um canto específico para que ela fizesse no outro dia. Muito embora por orientação médica ela não pudesse permanecer sentada à frente da máquina por mais de 1 hora, é fato que a precaução não era seguida, e ela passava de 3 a 4 horas seguidas costurando, e nem mesmo às técnicas chamavam sua atenção para o problema que isso poderia lhe ocasionar.

Apesar de sua entrevista ter tido a duração de mais ou menos 1 hora, a pesquisadora permaneceu em sua casa por cerca de 1 hora e 30 minutos. Devido ao seu problema de saúde, após o término da entrevista a usuária continuou explicando detalhadamente tudo o que havia lhe acontecido no dia do incidente.

Artemis foi a terceira a ser entrevistada. Ela é dona de casa, tem 56 anos, possui cinco filhos (com exceção de um, que faleceu, os demais são casados), quatro netos e é casada. Mora com o marido. Estudou até a 4ª série. É evangélica. Participa da RETRATE desde 2009 e, quando questionada sobre a importância do

serviço, destacou que: “[...] a gente lá é uma família né?! Então, a gente tá sempre brincando, sempre rindo, sempre fazendo frege, é maravilhoso! A RETRATE é uma família!”.

A entrevista com Artemis deveria ter acontecido na véspera de Natal, no entanto, com receio de que ela ficasse depressiva após relembrar os momentos difíceis de sua vida, a pesquisadora resolveu adiá-la. O encontro ocorreu no dia 26 de dezembro, numa segunda-feira. Como seu marido estava dormindo na sala, a entrevista ocorreu no seu quarto, mais especificamente, sobre sua cama. Artemis se mostrava ansiosa para falar sobre a sua vida e, como já sabia mais ou menos quais perguntas seriam realizadas, quando começou a falar, não parou mais.

Nas oficinas ela era a mais comunicativa, falava o que pensava e estava sempre procurando ajudar suas amigas. No início do trabalho de campo a pesquisadora imaginava que as demais usuárias poderiam se sentir constrangidas com o seu jeito de ser, visto que ela estava sempre comprando roupas, bolsas e sapatos novos e, além disso, vivia elogiando o seu marido. No entanto, em vários momentos nos quais ela não se fez presente, suas colegas de oficina destacaram a falta que ela fazia: diziam que quando ela não estava presente o silêncio predominava. Ela era a única usuária que, além de participar das oficinas de costura, crochê, tear e confecção de sacolas de papel, também participava da oficina de pintura. Ademais, ela era a única que não se preocupava em tomar a medicação conforme orientação médica, fazendo questão de mostrar as caixas cheias de remédio ao lado de sua cama.

Apesar de a entrevista ter tido a duração de mais ou menos 1 hora, a pesquisadora permaneceu em sua residência por cerca de 3 horas. Após o término dos questionamentos, Artemis fez questão de mostrar as fotos de seu filho falecido, que estavam sobre seu criado-mudo e depois as duas assistiram um pedaço da novela das 21 horas da Rede Globo de televisão. Artemis enfatizava que apesar de não gostar de sair de casa, gostava de receber visitas.

A quarta usuária a ser entrevistada foi Héstitia. Ela é dona de casa, tem 52 anos, possui um filho (casado), um neto e é casada. Mora com o marido. Estudou até a 2ª série. É católica, mas frequenta a igreja evangélica. Participa da RETRATE

desde 2009 e, quando questionada sobre a importância do serviço, destacou que: *“me dou muito bem com elas, para mim elas são minhas irmãs. Adoro elas”*.

Sua entrevista aconteceu no início de janeiro. Ao contrário das demais usuárias, que sempre aceitaram realizar a entrevista no primeiro contato com a pesquisadora, Héstitia adiou a sua por três vezes, alegando, ou que já tinha compromisso marcado na RETRATE, ou com a própria família. Não obstante tenha se disponibilizado a falar por diversas vezes sobre a sua vida para a pesquisadora no decorrer das oficinas (sem ao menos ser questionada sobre o assunto), esta última, ficou em dúvida quanto a real existência dos compromissos imprevistos: se eles existiam de fato ou se eram desculpas por receio de ser questionada sobre algo que invadisse demais sua privacidade (já que Hera vivia ressaltando que a entrevista demorava horas); se era vergonha de apresentar sua casa (pois por várias vezes no decorrer da entrevista ela enfatizou que tinha arrumado algumas coisas, mas que a pesquisadora não reparasse na bagunça, porque ela não tinha mais paciência para arrumar a sua casa de tanto que já havia arrumado a casa dos outros); ou mesmo se era por receio que a família falasse alguma coisa contra a visita (visto que a família era contrária a sua participação na RETRATE).

Muito embora nas oficinas Héstitia estivesse sempre pronta para ajudar (e a prova disso é que era ela quem mais recebia quando eram realizadas as divisões de dinheiro), era também ela a mais quieta e introspectiva do grupo de entrevistadas. No início do trabalho de campo a pesquisadora chegou a pensar, inclusive, que não era bem vista pela usuária, visto que no momento em que tentava uma aproximação, esta respondia apenas o necessário. Porém, com o tempo, foi possível perceber que esse era apenas o seu jeito de ser, e que ela, além de ser querida por todas, servia também como conselheira para o grupo (sempre que alguma delas estava com problemas, saía com a Héstitia para conversar).

Ainda que a conversa tenha durado 2 horas, a pesquisadora permaneceu na casa da entrevistada por cerca de 4 horas. Após o encerramento da atividade de campo a usuária serviu café para a pesquisadora e seguiu falando de sua vida. Em diversos momentos ela destacou que a tarde tinha sido tão agradável que ela nem tinha percebido as horas passarem.

Após essa breve caracterização do perfil de cada uma das entrevistadas, se faz necessário destacar que a escolha por mulheres deveu-se ao fato de que, dentre os 18 usuários que participavam das oficinas, apenas 5 eram homens. Ademais, foram as mulheres observadas (todas participantes das oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê, tear), pois foram as únicas que deram continuidade ao trabalho, mesmo com as atividades se desenvolvendo num pequeno espaço cedido pelo CAPS Escola.

O perfil das usuárias observadas demonstra, portanto, que são mulheres na faixa etária dos 50 aos 70 anos, mães e que nasceram e moram em bairros populares do município de Pelotas. Elas são centrais neste estudo, tanto por considerarem o grupo uma *segunda família* e por terem participado das oficinas mesmo quando a SMS não liberava vales-transporte para o serviço, como, principalmente, por sofrerem com o preconceito e a discriminação, devido a uma série de condições adversas, dentre elas: o baixo grau de instrução; o precário acesso aos serviços públicos; e, sobretudo, o estigma social da doença, que acaba lhes conferindo o atributo da incapacidade. Além disso, a maioria possui uma condição financeira desfavorecida e tem, como diagnóstico médico, depressão profunda.⁴⁵

Acredita-se, no entanto, que essas entrevistadas aperceberam-se da diversidade que compõe o grupo, considerando trajetória de vida e vínculo com as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE.

⁴⁵Segundo Anselmo (2009), a depressão é um distúrbio da emoção que afeta o corpo, o humor e o pensamento; diminui o apetite e afeta o sono e a forma como a pessoa se sente e como pensa. Não é uma tristeza passageira, não é sinal de fraqueza das pessoas, nem mesmo uma condição que possa ser revertida com força de vontade. A difícil convivência com um depressivo não é tão conhecida como deveria. Muitos de nós temos a convicção de que a depressão não é uma doença tão grave e maléfica. O dicionário Aurélio (FERREIRA, 2009, p. 625) a define como o "1. Ato de deprimir(-se). [...] 10. Fig. Abatimento moral ou físico; letargia [...]". Alguns pensam que depressão é doença de pessoas frágeis e cheias de problemas psicológicos; outros acham que é doença de rico (como dizem que é a enxaqueca). Outros ainda creem que não é difícil de ser curada. Muitos acreditam que com uma consulta a um bom psicólogo, ou a um psiquiatra, resolve-se facilmente o problema. Mas não é bem assim.

Capítulo 4 – As oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE: discursos e práticas

Tendo em vista que o processo de inclusão social pelo trabalho de portadores de transtornos mentais coloca-se como desígnio central no interior do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, este capítulo tem como objetivo refletir sobre os discursos e as práticas presentes nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE. Defende-se que, para além da geração de trabalho e renda (que ainda é caracterizada por problemas técnicos e insuficiências econômicas), a importância da RETRATE para as usuárias relaciona-se diretamente ao dar, receber e retribuir que sela as alianças e instaura o vínculo social.

Considerações iniciais feitas, o capítulo a partir daqui divide-se em cinco seções: (I) *A rede de saúde mental no município de Pelotas e sua relação com as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE*; (II) *Parcerias instituídas para viabilizar a inclusão social pelo trabalho*; (III) *Relações que se estabelecem entre as profissionais e os usuários no cotidiano das oficinas*; (IV) *Relações de reciprocidade*; e (V) *Confraternização de final de ano*.

4.1 A rede de saúde mental no município de Pelotas e sua relação com as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE

Nesse programa de inclusão social pelo trabalho, a influência direta das políticas sociais públicas e dos atores políticos envolvidos não pode deixar de ser ressaltada, pois na medida em que o discurso não condiz com a prática, esses serviços não conseguem cumprir efetivamente o seu papel social, que é o de proporcionar um espaço para a construção da autonomia e garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

As oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, por exemplo, fazem parte da rede de saúde mental do município de Pelotas, sendo mantidas, essencialmente, com recursos públicos e diretamente afetadas pela gestão dos atores políticos envolvidos na administração pública. Nesse sentido, é válido destacar que de novembro de 2010 até o presente momento, houve a mudança tanto do Secretário de Saúde do município, como da Coordenadora da Saúde Mental. Conquanto ambas tenham sido vistas de forma positiva pelas profissionais e pelos usuários das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, visto que influenciaram diretamente no crescimento e no reconhecimento do serviço pela sociedade, não existiu uma relação direta entre a mudança da chefia da secretaria com a da coordenação.

Ao que consta, a relação entre usuários, técnicas e o antigo Secretário de Saúde, deixou de ser amistosa no momento em que o antigo prédio da RETRATE foi interditado, ficando o grupo 7 meses sem uma sede própria. Em conversa com um dos usuários (participante da oficina de pintura e representante da Associação dos Usuários e Trabalhadores da Saúde Mental) no decorrer da feira de economia solidária no final do ano de 2010, a pesquisadora foi informada de que, certo dia, ao chegarem ao antigo prédio, e verem que todo o material produzido estava destruído por causa da chuva do final de semana, os usuários se mobilizaram, pegaram telas, aventais e bloquinhos de papel reciclado, e foram à Secretaria de Saúde reivindicar uma nova estrutura para o desenvolvimento das oficinas. No entanto, diante de algumas desculpas dadas pelo antigo Secretário, uma das usuárias acabou falando

num tom de voz mais alto e jogou uma das telas no chão. Sentindo-se ameaçado, o secretário, além de mandar que eles se retirassem, por um bom tempo, não mais os cumprimentou nas reuniões gerais.

Com relação à Coordenadora da Saúde Mental, o discurso que se apresenta é o de que a mudança acabou beneficiando a RETRATE, no sentido de que a nova Coordenadora se faz mais presente, entendendo e buscando solucionar as demandas do grupo. Inclusive, poucos meses após assumir a coordenação, a mesma não recusou o convite feito pelas técnicas e usuários, e se fez presente na RETRATE para uma reunião geral. Nesta, entre as principais reivindicações, estavam: a solicitação de materiais para a realização das oficinas (o grupo vinha trabalhando há um ano apenas com o material que era comprado com o dinheiro das vendas nas feiras⁴⁶); o atendimento psiquiátrico para aquelas pacientes que não tinham mais vínculo com os CAPS (na época da reunião tinham três usuários com a mesma medicação a mais de três anos, entre estes se encontrava a Héstia e a Artemis); e estagiários. Embora a Coordenadora tenha iniciado a reunião demonstrando insatisfação com as reclamações apresentadas, visto que, segundo ela, todas as informações estavam sendo repassadas às técnicas do serviço através das reuniões semanais de equipe, logo mudou o tom da conversa e, como ela mesmo declarou, a reunião se transformou numa grande terapia de grupo. Ademais, poucos meses após a reunião, a Coordenadora, além de liberar uma assistente social e uma técnica de enfermagem para acompanharem os usuários no decorrer das oficinas da RETRATE e auxiliar no que fosse necessário, também acompanhou uma das técnicas na entrega de um kit (composto por tudo o que é produzido pelo serviço) para a nova Secretária de Saúde, com o objetivo de apresentar a qualidade do trabalho desenvolvido pelos usuários e, conseqüentemente, solicitar mais apoio às demandas do grupo e da saúde mental com um todo.

⁴⁶Ao contrário da RETRATE que comercializa seus produtos e com isso consegue arrecadar dinheiro para a compra de novos materiais, os CAPS do município, por exercerem função estritamente terapêutica, dependem exclusivamente do material enviado pela Secretária de Saúde. Em visita dos usuários do CAPS Baronesa a RETRATE, muitos comentaram com certa nostalgia o fato de ficarem conversando no decorrer das oficinas, justamente por não terem material para trabalhar.

Frisa-se, no entanto, que, apesar das conquistas recentes, como por exemplo, a liberação do novo prédio para a realização das oficinas, o serviço ainda corre o risco de ser fechado devido ao número mínimo de atendimentos realizados, os quais, segundo a Coordenadora da saúde mental, não compensam os gastos que a SMS tem ao manter o serviço aberto. De acordo com as técnicas, o pequeno número de usuários frequentando as oficinas é justificado por dois motivos: primeiro porque os próprios profissionais dos CAPS demonstram resistência em liberar os pacientes que já estão em processo de alta, alegando que os mesmos, por terem autonomia e auxiliarem sempre quando necessário, fariam muita falta para as oficinas terapêuticas⁴⁷; e, segundo, porque os usuários da rede sabem que a RETRATE não oferece, nem tratamento psiquiátrico, nem psicológico, e, por isso, têm medo de se vincular às oficinas de geração de trabalho e renda e, conseqüentemente, perder o atendimento recebido nos CAPS. Os motivos citados, infelizmente, demonstram que, apesar dos avanços mencionados, a conduta e a atitude de alguns profissionais continua indo contra ao novo modelo de cuidado e atenção voltado aos portadores de transtornos mentais, pois ao continuarem mantendo esses usuários na condição de assistidos, deixam de promover sua real emancipação e protagonismo no processo de trabalho (LUSSI, 2009).

Relativamente a essa questão, Figueiredo Junior (2001) enfatiza que os novos serviços de saúde mental devem se diferenciar dos antigos justamente pela atitude performativa de seu pessoal, ou seja, nesses novos dispositivos de cuidado e atenção, a tarefa dos profissionais de saúde mental é a de se mostrarem responsáveis por todos os usuários, e realmente preocupados com a saúde física e psicológica dos mesmos. Entretanto, conforme enfatizado acima, apesar de serem considerados essenciais e estratégicos nas transformações que ocorreram e continuam a ocorrer no campo da saúde mental, é fato que nesse meio ainda existem aqueles que *se importam*, aqueles que *não se importam* e aqueles que *tanto faz* (CAVALCANTE, 1992 apud FIGUEIREDO JUNIOR, 2001). É devido a essa

⁴⁷E, além disso, porque antes da participação da assistente social e da técnica em enfermagem nas oficinas da RETRATE, as técnicas, por não terem conhecimentos técnicos e práticos acerca de como conter um surto, os encaminhavam novamente para os CAPS sempre que surtassem.

perspectiva que na visão da pesquisadora, apesar das relações tecidas entre as profissionais da rede de saúde mental ser essencial para o desenvolvimento do serviço com um todo, e do sentimento de grupo estar presente no discurso das mesmas, em especial daquelas que fazem parte da RETRATE, não existe um trabalho de equipe efetivo, o que gera uma quebra de reciprocidade entre as profissionais envolvidas.

Na RETRATE, por exemplo, a auxiliar de enfermagem e a assistente social pouco interferem nas decisões, fazendo apenas o que lhes é solicitado. Quanto às artistas plásticas, apesar de se conhecerem a anos, não deixam de demonstrar em alguns momentos o descontentamento que uma sente com relação ao trabalho da outra. Tanto isso é visível que uma das técnicas conversou várias vezes com a Coordenadora do Serviço de Saúde Mental sobre as atitudes da colega, pensando inclusive em pedir seu desligamento da RETRATE. Além dela, as próprias usuárias das oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear chegaram a principiar uma mobilização para reclamar, junto à coordenação do serviço, da maneira como a técnica das demais oficinas vinha agindo. Basicamente, elas iriam alegar a falta de comprometimento com o trabalho. A reclamação só não se concretizou por medo de que nada fosse feito e que elas acabassem sendo diretamente prejudicadas. Entretanto, para a sorte dos usuários, a técnica em questão modificou em parte seu comportamento, passando a apresentar um maior comprometimento no serviço por ela desempenhado.

De tal modo, no que tange, especificamente, a relação entre as profissionais da RETRATE e os usuários, destaca-se a visão de Caillé (1998) acerca da possibilidade de criação de vínculos entre pessoas concretas, mas distintas e invariavelmente inimigas em potencial, através da união numa mesma cadeia de obrigações, desafios e benefícios; ou seja, através do dom ou da dádiva. Nesse sentido, a necessidade e o interesse de distinção, muitas vezes imbricado na manifestação simbólica de generosidade das profissionais da RETRATE para com os usuários, ao contrário de excluir, vincula. E esse vínculo, que inicialmente se manifesta de forma assimétrica (ou pela dádiva agonística) – a partir da

preocupação pelo outro, da troca de experiências e conhecimentos, bem como dos valores de amizade e confiança produzidos –, acaba se tornando simétrica.⁴⁸

Nesse relacionamento cria-se, portanto, um sistema em que o dar, o receber e o retribuir se faz sempre presente entre as profissionais vinculadas às oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE (aquelas que prestam o serviço), e os usuários que o recebem. O motor e o princípio da ação existente entre essas profissionais e os usuários é o vínculo criado. Nesse tipo de interação, os usuários não são tratados como clientes, pois o que acaba prevalecendo é a ajuda mútua, e é esta quem faz com que ao menos se busque compreender os problemas do outro. Parafraseando o pensamento de Lappann-Boti (2004), nesse processo, a doença também adquire outro valor, pois a mesma deixa de ser entendida como um sintoma biológico, para ser entendida como parte das vidas e da identidade dessas usuárias.

Por fim, após escutar os vários desabaços proferidos por parte das profissionais envolvidas, a pergunta que permanece é: estariam elas realmente preparadas e capacitadas para os desafios da produção de novas práticas no campo da saúde mental? Segundo Scarcelli (1999 apud WILLRICH; KANTORSKI, 2008, p. 136) “a experiência do “não saber” faz parte do cotidiano dos trabalhadores em Saúde Mental. Isso pode ocorrer pela falta de um terreno teórico seguro, que ainda está por ser construído, ou, pela condição precária de formação dos profissionais”. Assim sendo, a resposta mais provável a esta pergunta é não, pois a impressão da pesquisadora no decorrer do trabalho de campo foi o de que essas profissionais também precisariam de cuidado, uma vez que, apesar de terem escolhido trabalhar com portadores de transtornos mentais, não tinham total consciência do que enfrentariam, já que além do salário ser baixo e o serviço desestimulante (posto que muitos usuários não apresentam nenhuma melhora significativa), nem todas realmente gostam do que fazem. Ademais, elas não recebem nenhum tipo de acompanhamento psicológico ou mesmo capacitação da SMS, o que faz com que

⁴⁸Segundo Kirsch e Sabourin (2007), se a assimetria da relação entre as profissionais e as usuárias se mantém, pode haver prejuízo na qualidade do processo de aprendizagem e na construção da autonomia dos usuários, bem como maior dificuldade na manutenção e no desenvolvimento das oficinas como um todo.

elas tomem as decisões sobre o andamento das oficinas, pautadas, sobretudo, na prática, ou seja, nos próprios acertos e erros.

No entanto, apesar de muitas mudanças serem necessárias para a melhor oferta do serviço prestado, é necessário destacar também, que é o esforço contínuo, tanto das profissionais atuantes como dos usuários envolvidos, o principal responsável pelo atual respeito e reconhecimento que a sociedade pelotense tem para com as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE.

4.2 Parcerias instituídas para viabilizar a inclusão social pelo trabalho

A RETRATE é o único serviço da rede de saúde mental do município de Pelotas a priorizar a geração de trabalho e renda aos portadores de transtornos mentais e portadores de transtornos decorrentes de álcool e outras drogas. No entanto, a precariedade dos recursos liberados para o seu funcionamento, bem como o constante descaso do poder público municipal, foram fatores determinantes para que as profissionais responsáveis pelo serviço buscassem articular algumas parcerias para efetivar a inclusão social pelo trabalho e, conseqüentemente, investir na qualificação profissional dos usuários.

Como no mesmo período de constituição da RETRATE estava se consolidando a parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho, optou-se por buscar, junto ao NESIC/INTECOOP e ao Fórum de Economia Solidária (FES) do município de Pelotas, orientações técnicas acerca da possibilidade de criação e implementação de uma cooperativa popular.

A importância dessa parceria, conforme Singer (2005, p. 11), relaciona-se ao fato de que

[...] a economia solidária e o movimento anti-manicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica. Uns são excluídos (e trancafiados) porque são loucos, outros porque são pobres. Há ricos, que enlouquecem porque empobreceram e há pobres, que enlouquecem porque ninguém os nota (o que é uma forma particularmente cruel de exclusão). A

matriz comum de ambos é uma sociedade que fabrica pobres e loucos de modo casual e inconsciente.

Assim, a partir de uma ação pedagógica orientada pelas trocas entre o *saber popular* e o *saber acadêmico*, o trabalho do NESIC/INTECOOP junto aos usuários primou pela adoção de instrumentos e técnicas que permitissem lidar com as limitações que dificultavam a aprendizagem. Inicialmente, objetivou a consolidação de uma iniciativa econômica fundamentada nos princípios de solidariedade e autogestão. Porém, devido à fragilidade apresentada na legislação⁴⁹, ao pequeno número de usuários interessados em se engajar no projeto para regulamentar a cooperativa, e a falta de qualidade dos produtos confeccionados⁵⁰, acabou-se optando pela não formalização do empreendimento.

Conquanto tenha-se preferido a não formalização das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, enquanto empreendimento econômico e solidário, nada impediu que o grupo continuasse se beneficiando das parcerias com a Incubadora e com o FES. Aliás, ainda hoje a atuação desses profissionais presta importante contribuição ao trabalho do grupo, pois os mesmos continuam acompanhando e proporcionando atividades de formação e espaços para a comercialização dos produtos produzidos.

O objetivo compartilhado nos últimos tempos pelo NESIC/INTECOOP e pelo FES é o de firmar uma parceria com o Banco do Brasil, através de uma estratégia voltada para o Desenvolvimento Regional Sustentável (DRS), e, a partir dessa, implantar um ponto de comercialização da produção na cidade de Pelotas⁵¹. Para tanto, além das reuniões quinzenais, em que se tem como princípio fazer circular a palavra para oferecer conhecimentos e compartilhar saberes, também são oferecidos aos empreendimentos vinculados a incubadora, oficinas e cursos de

⁴⁹ Amarante (2007 apud BARETO, 2009, p. 144) aponta para a necessidade de revisão da legislação brasileira, pois, tanto “o código penal, como o código civil, ou ainda outras leis e normas sociais estão repletas de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania”.

⁵⁰ No ano de 2007 a produção da RETRATE não apresentava diversidade e, muito menos, qualidade. Àquela época ela seguia o princípio de que todo dinheiro arrecado com a venda dos produtos deveria ser revertido aos usuários, e, para tanto, utilizava-se apenas o material enviado, muitas vezes de seis em seis meses, pela SMS do município.

⁵¹ Em maio de 2010 foi inaugurado um ponto de comercialização na cidade de Piratini (RS).

cooperativismo e de inclusão digital. Em geral é a Hera, a Atena e a Héstia, juntamente com as artistas plásticas e a assistente social, que participam das feiras, das oficinas, dos cursos e das reuniões propostas pelo NESIC/INTECOOP.

Como nesses encontros entre incubadora e empreendimentos todas as decisões são tomadas de forma autogestionária, muitas vezes as usuárias, por ainda não terem clara a importância da economia solidária, reclamam por estarem sempre envolvidas com as reuniões e acabarem, de certa forma, ouvindo sempre as mesmas coisas. No entanto, pode-se enfatizar que a própria incubadora participa da dialética relativa ao dar, ao receber e ao retribuir e, portanto, a cobrança da mesma, no sentido de participação nas atividades propostas, surge como um retorno para os empreendimentos incubados. Assim, uma vez que o NESIC/INTECOOP assume o papel de formar e capacitar, cabe aos membros dos empreendimentos aproveitar esses espaços da melhor forma possível para aprimorar o empreendimento e continuar usufruindo do acompanhamento dado.

Nas três reuniões em que a pesquisadora participou com as usuárias, ficou evidente o fato de que, apesar destas serem tratadas como iguais pelos coordenadores e integrantes dos demais empreendimentos, se não houver alguém lhes acompanhando: ou elas dormem, ou não conseguem prestar atenção na metade da reunião, perguntando coisas que muitas vezes acabaram de ser explicadas. No entanto, não se pode generalizar, descartando a possibilidade de que os demais participantes também se cansem no decorrer das reuniões, pois a própria pesquisadora, que não toma nenhum tipo de medicação e que de forma geral está acostumada a assistir aula durante horas seguidas, em vários momentos se sentiu cansada.

Em sentido diametralmente oposto ao que acontece nas reuniões, em que as usuárias pouco interagem, nas feiras as mesmas não se intimidam ao responder que participam de uma oficina de geração de trabalho e renda vinculada aos serviços de saúde mental, fazendo sempre questão de atender muito bem a todos que passam pela banca. É, sem sombra de dúvidas, nas feiras propostas pelo NESIC/INTECOOP e pelo FES, que as usuárias da RETRATE têm a possibilidade de desmistificar o estigma do portador de transtorno mental, aumentando, desse

modo, sua autonomia e participação social. Ao negociarem as mercadorias, as usuárias participam de redes de relações nas quais são negociados não só produtos, mas também afetos, valores, interesses, etc. Não obstante, apesar da concordância plena com o argumento de Chabal (2005 apud SABOURIN, 2011, p. 39), de que “não é tanto o objeto da partilha que importa, mas as ações dos sujeitos” é, com certeza, nesses espaços que a RETRATE tem mais lucro ao vender seus produtos.⁵²

Ademais, é a representação que se faz sobre o trabalho enquanto valor moral, em contraposição à diferença e ao desvalor conferido 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. 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 que se sobressai.

Os dados supra corroboram o pensamento de Saraceno (2001 apud LUSI, 2009) sobre as potencialidades e qualidades conferidas ao espaço do mercado no que tange a inserção social e ressignificação identitária. O autor enfatiza que,

[...] no espaço do mercado – mais especificamente o mercado da praça ou os espaços públicos, nos quais acontecem trocas sociais – o que mais importa é o sujeito e o sentido que ele produz. A experiência de estar incluído nesse tipo de negociação, ou melhor, gozar do direito de ser um cidadão, pode promover a ampliação ou reconstrução da identidade do sujeito (SARACENO, 2001 apud LUSI, 2009, p. 120).

Atinente a percepção da pesquisadora sobre as relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos nesses espaços, o que choca é o fato do preconceito não emanar somente daqueles considerados *normais*, mas em algumas situações, das próprias profissionais e usuárias que não aceitam a participação daqueles que, por apresentarem problemas mentais mais evidentes, acabam ficando sentados, com os braços cruzados e sem atender a ninguém. Sempre que algum destes usuários (considerados sem condições de participar das feiras) se faz

⁵²Em geral as feiras ocorrem mensalmente e as vendas variam de R\$100,00 a R\$ 200,00.

presente, logo é mandado embora com o pretexto de que já há gente suficiente para trabalhar e que o mesmo não precisa ficar se cansando à toa. Entretanto, essa situação pode ser relativizada, uma vez que, no momento em que são as usuárias das oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear que assumem de fato o compromisso com as feiras, elas julgam desnecessária a participação dos usuários de outras oficinas (seja a de papel reciclado ou a de pintura em tecido), e geram uma equação entre nós/responsáveis e excelentes vendedoras e eles/irresponsáveis (por participarem das feiras apenas quando querem) e incapazes de realizar uma venda. Portanto, o que pode ser destacado é um nível identificatório mais fechado e com laços de amizade consolidados (relativo ao grupo observado) e um mais aberto (relativo aos usuários das demais oficinas, os quais não interagem com elas cotidianamente).

Ademais, a insatisfação das usuárias é visível apenas para quem observa as atitudes e as conversas, pois ela é disfarçada e amenizada por quem a detém. Assim, na maioria das vezes os usuários que estão sendo praticamente corridos da feira acreditam que as colegas estão realmente demonstrando preocupação para com eles, e permanecem até o final da feira para o descontentamento de todas.

As profissionais, enquanto isso, embora discursivamente enfatizem a importância da participação e do comprometimento de todos, também reclamam que muitos dos usuários se fazem presentes no decorrer das feiras apenas porque nestas recebem cinco presenças⁵³, o que influencia diretamente no valor embolsado no momento da divisão do dinheiro. Esse fato, por sua vez, confirma tanto a ideia de que não há uma linearidade entre o discurso e a prática no processo de inclusão social pelo trabalho de portadores de transtornos mentais, como também o pensamento de Goffman (1980) de que o menosprezo não é necessariamente reduzido quando se estabelece uma rotina diária de familiaridade e normalização da interação.

⁵³As cinco presenças são dadas como forma de incentivo para a participação das usuárias nas feiras, visto que, por ser mais desgastante o serviço, muitos não gostam de auxiliar na montagem e na desmontagem da barraca, assim como evitam carregar as sacolas pesadas com o material para ser vendido.

No que diz respeito às feiras realizadas na Avenida Bento Gonçalves, houve a desistência de participação direta por parte do grupo devido às dificuldades enfrentadas. Ao contrário do que ocorria na feira Bem da Terra, onde o NESIC se responsabilizava pelo transporte do material, na Feira da Avenida Bento Gonçalves eram as usuárias que carregavam o material na sexta-feira para casa, o levavam domingo para feira e na segunda-feira o traziam de volta para a RETRATE. Certa vez, a Hera caiu ao descer do ônibus com as sacolas pesadas e ficou toda machucada. De tal modo, quem deve passar a representar a RETRATE na avenida é a Associação de Trabalhadores e Usuários da Saúde Mental, que receberá 10% do total das vendas.

Outra parceria firmada no ano de 2011 foi com o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR), o qual oferece a grupos interessados cursos profissionalizantes gratuitos. Até o momento foi oferecido apenas um curso a RETRATE: o de corte e costura de roupas masculinas. Do referido curso participaram: profissionais da RETRATE, do CAPS Escola e do Programa de Prevenção de Violência (PPV); trabalhadoras incapacitadas pelo trabalho e vinculadas ao INSS; e, do grupo de usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, apenas a Héstia e a Artemis (que, a propósito, foram as únicas que, além de não conseguirem concluir as atividades propostas, durante todo o andamento do evento se isolaram e, ao mesmo tempo, foram isoladas pelas demais participantes).

Em um determinado momento do curso de corte e costura de roupas masculinas, a professora ministrante do mesmo, que não tinha nenhuma capacitação para trabalhar com portadores de transtornos mentais, entrou bem estressada na sala onde se encontrava a pesquisadora, uma das técnicas e a assistente social, e logo enfatizou que a partir daquele momento não ajudaria mais a usuária Héstia. Sua justificativa para tal atitude era de que, ao se aproximar da usuária em questão para lhe esclarecer uma dúvida, a mesma emitiu flatulência, o que ela considerou uma profunda falta de educação. Assim, ao se afastar da usuária, demonstrou sua indignação em alto e bom som para todos os presentes, e

logo saiu da sala para informar sua decisão às profissionais da própria RETRATE, as quais não fizeram nenhum esforço para amenizar a situação.

O episódio acima acaba por ratificar em alguns aspectos o pensamento de Goffman (1980) no sentido de que, para os estigmatizados, a sociedade acaba por reduzir as oportunidades, esforços e movimentos, desvalorizando-os e lhes impondo uma identidade deteriorada, conforme lhe convém. Ou seja, para manter a eficácia do simbólico e ocultar o que de fato interessa (que é a manutenção do sistema de controle social), a sociedade dita normal impõe ao diferente a categoria de nocivo e de incapaz. Assim, o mesmo fica à margem e passa a ter que dar a resposta que a sociedade determina.

No entanto, conforme elucidam Kirch e Sabourin (2007) – em sua pesquisa sobre as relações de reciprocidade e suas implicações nos processos de incubação de empreendimentos econômicos e solidários, oferecidos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro –, existem diferentes polaridades e consequências nas relações entre educadores e formandos. Partindo de uma leitura da reciprocidade educativa, os autores mostraram os elos de reciprocidade simétrica e assimétrica existentes entre os trabalhadores da economia solidária, professores universitários da área de tecnologia das informações, bem como monitores e voluntários da incubação. Eles enfatizam que, em vários casos, os processos de capacitação e incubação dos empreendimentos estão centrados em metas meramente instrumentais, que levam a adoção de um processo de transferência de tecnologia mais do que a aquisição de regras, princípios e valores. Muitos professores, por estarem mais preocupados com os objetivos práticos do que com os métodos e processos adotados, acabam relegando a um segundo plano a função simbólica da educação, que são os princípios e projetos das cooperativas populares e da economia solidária.

Nesse contexto, em que os valores éticos não são respeitados, há de se avaliar cuidadosamente quais são os valores simbólicos presentes nas relações de educação e dinâmicas de aprendizagem, visto que os mesmos também podem ser produzidos mediante manifestações de assimetria e centralidade, as quais acabam gerando sujeição e obediência dos membros das cooperativas populares, em vez de

interação e construção de autonomia em conjunto com os profissionais vinculados a incubadora.

Portanto, ao se refletir sobre as manifestações de estigma no interior das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, pode-se afirmar que embora as relações de reciprocidade assimétricas não sejam preponderantes no cotidiano do serviço, em alguns momentos elas também são produzidas para: cumprir objetivos meramente práticos (como gerar trabalho e renda para os usuários); para efeito de manutenção do poder da sociedade, e; para sustentar a distinção das profissionais atuantes, e não apenas para transmitir saberes e mobilizar valores humanos universais. No entanto, conforme enfatizado por Caillé (2002, p. 60), “o paradoxo, suplementar, é que essa rivalidade é, ela mesma, a condição da aliança e da amizade”.

Pelo até aqui exposto na seção, é fato que as lutas contra a exclusão social e econômica ainda enfrentam obstáculos gigantescos. Pois, se de um lado, encontra-se “a falta de capital, de qualificação profissional, de mercado, de formalização legal, enfim de condições objetivas para o exercício de uma atividade econômica regular” (SINGER, 2005, p. 12). De outro, encontra-se “as dificuldades subjetivas: como passar do trabalho protegido ao autônomo, o único verdadeiramente cooperativo” (SINGER, 2005, p. 12).

Assim, do mesmo modo como a inclusão social pelo trabalho de portadores de transtornos mentais é lenta e muitas vezes desestimulante, a consolidação de empreendimentos econômicos solidários também se apresenta como um campo repleto de desafios, visto que está diretamente relacionada ao crescimento de uma cultura de cooperação e de solidariedade, exigindo, sobretudo, a participação e o envolvimento de todos aqueles que acreditam na constituição de um campo político, social e econômico, alternativo ao capitalismo.

4.3 Relações que se estabelecem entre as profissionais e os usuários no cotidiano das oficinas

As oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE funcionam de segunda à sexta-feira, das 9 às 12 horas na parte da manhã, e das 14 às 17 horas e 30 minutos na parte da tarde. Conforme destacado no capítulo anterior, são oferecidas sete oficinas aos usuários, sendo que cada uma ocorre duas, no máximo três vezes por semana.

No início do trabalho de campo, eram os próprios usuários que, no momento do acolhimento, escolhiam a oficina que mais se adequava a sua aptidão ou a sua preferência pessoal. Apenas nos casos em que os usuários apresentavam muita dificuldade na aprendizagem da atividade desejada ou quando apresentavam problemas motores e cognitivos muito evidentes, é que as responsáveis pelo serviço os encaminhavam diretamente para a oficina de papel reciclado. Entretanto, em outubro de 2011, após uma reunião de equipe e duas reuniões gerais (nas quais diversas modificações foram implantadas, mas, pode-se dizer também, impostas ao cotidiano das oficinas), as profissionais julgaram necessário transferir alguns dos usuários que não estavam gerando renda em uma determinada oficina para outra que se adequava melhor ao seu perfil, considerando, a partir de então, apenas a produtividade e a experiência de trabalho anterior dos usuários e, além disso, eles passaram a frequentar no máximo duas oficinas. Nessa mudança, por exemplo, a Hera foi retirada da oficina de costura e passada para a oficina de papel reciclado.

Por serem apenas duas as profissionais técnicas, enquanto uma fica responsável pelas oficinas de pintura em tecido e reciclagem de papel, a outra se responsabiliza pelas oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear. Como no início do trabalho de campo as últimas oficinas eram frequentadas pelas mesmas usuárias, foram essas mulheres que receberam atenção especial da pesquisadora. A escolha se deu justamente pelo fato de que as mesmas se faziam presentes no serviço em torno de seis a sete turnos por semana, sem contar nas feiras onde eram comercializados os artigos produzidos, nas quais somente elas assumiam o compromisso de participar.

Assim sendo, nas oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear, a técnica não precisava especificar todos os dias o que cada usuária iria produzir, visto que todas sabiam exatamente o seu papel em cada oficina. A

técnica estava ali, acima de tudo, para trazer novidades com relação ao que produzir, para ensinar aos que estavam chegando e esclarecer dúvidas em geral.

Antes da ocorrência da reunião que dividiu as usuárias pela capacidade de produção apresentada nas oficinas, o trabalho era realizado de forma conjunta pelas usuárias das cinco oficinas. Desse modo, todas as usuárias reuniam-se nos mesmos dias e, enquanto uma costurava as bolsas e os ponches, outra cortava e costurava as roupas para as vovós, e a outra, por sua vez, bordava. Atualmente, quando o dia é da costura, duas ou três se reúnem e passam a manhã ou à tarde na máquina de costura; já quando o dia é do tricô ou do crochê, mais duas ou três se reúnem e fazem a mesma coisa.

Abaixo, seguem imagens de alguns dos produtos confeccionados nas oficinas em questão:



Figura 2 – Bonecas chamadas de vovós

Fonte: acervo pessoal.



Figura 3 – Bolsas que se transformam em carteiras

Fonte: acervo pessoal.



Figura 4 – Guardanapos bordados

Fonte: acervo pessoal.



Figura 5 – Sachês perfumados

Fonte: acervo pessoal.



Figura 6 – Maças perfumadas

Fonte: acervo pessoal.

**Figura 7 – Tapete de crochê**

Fonte: acervo pessoal.

A oficina de papel reciclado, ao seu turno, exige um cuidado maior por parte da técnica responsável. Como é a oficina na qual os usuários não apresentam somente problemas relacionados à depressão, mas, sobretudo, motores e cognitivos (tendo dois usuários, inclusive, com problema de audição), se faz necessário que a profissional esteja sempre presente no decorrer do processo da reciclagem. Apesar de todos saberem o seu papel e a grande maioria frequentar a RETRATE desde a sua fundação, é fato que se não estiver alguém presente para dizer o que fazer no momento seguinte: ou eles não fazem, ou fazem mal feito.

O sentimento que prevalecia na pesquisadora no início do trabalho de campo era o de que nenhuma das técnicas gostaria de assumir essa oficina, pois, ao contrário do que ocorria à época em que a pesquisadora conheceu a RETRATE, quando eram esses os usuários que participavam das feiras e reuniões propostas pela INTECOOP (e, além disso, eram os responsáveis tanto pela reciclagem do papel como pela confecção de sacolas de papel, bloquinhos e marcadores de páginas), atualmente, a única responsabilidade dos mesmos é com a reciclagem em si, sendo o trabalho minucioso realizado apenas por dois usuários dessa oficina e pela técnica, a qual justifica a mudança alegando que os demais são incapazes de dar um bom acabamento ao trabalho proposto. Porém, para a surpresa e a

satisfação da pesquisadora, o discurso presente da técnica é o de que após sua aposentadoria em uma das suas duas matrículas municipais, ela deixará a oficina de pintura em tecido, sua preferida até então, mas não deixará a de papel reciclado. Sua alegação é de que os usuários em questão são responsáveis para com o trabalho, além de serem divertidos e queridos por todos aqueles que participam da RETRATE.

Abaixo, seguem imagens da produção da oficina de papel reciclado:



Figura 8 – Produção do papel

Fonte: acervo pessoal.



Figura 9 – Marcadores de páginas

Fonte: acervo pessoal.



Figura 10 – Bloquinhos de anotação

Fonte: acervo pessoal.



Figura 11 – Caixinhas

Fonte: acervo pessoal.

A oficina de pintura em tecido, por sua vez, vem sofrendo com certo tipo de resistência por parte dos usuários. Eles, que a princípio gostavam de escolher as imagens para a posterior reprodução na tela, passaram a reclamar por terem que pintar prédios históricos do município apenas no tecido (a pintura realizada por eles serve para confecção de bolsas de algodão, o que se tornou mais rentável para a oficina, visto que as telas não eram vendidas). Acredita-se que é devido a essa insatisfação que muitos deles, além de faltarem frequentemente à oficina, demoravam na conclusão do trabalho proposto. Entrementes, faz-se aqui oportuno salientar que a oficina de pintura em tecido nunca foi observada diretamente enquanto objeto de análise, porque apesar da pesquisadora conhecer todos os

usuários, ou os seus horários não se adequavam aos horários em que a oficina era realizada, ou estava envolvida na realização de outras atividades nas oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear.

Abaixo, seguem imagens da produção da oficina de pintura em tecido:



Figura 12 – Bolsa alusiva à arquitetura histórica de Pelotas

Fonte: acervo pessoal.



Figura 13 – Pintura alusiva à arquitetura histórica de Pelotas

Fonte: acervo pessoal.

No tocante ao processo de ensino-aprendizagem, pode-se afirmar que a aprendizagem das atividades propostas não acontecia unicamente pela transmissão do conhecimento das técnicas para os usuários, ou pelo dar simplesmente, mas igualmente pelos vínculos gerados: havia a interação entre as profissionais do serviço e as usuárias; a interação entre as próprias usuárias; e a interação entre os

sujeitos que participavam da RETRATE com a sociedade em geral. O processo em questão estava associado, portanto, às dinâmicas de reciprocidade, na medida em que se criava um vínculo, estabelecia-se o endividamento mútuo, criava-se uma aliança e um pacto de confiança com o outro.

Saraceno (1996 apud LUSSI; PEREIRA; JUNIOR, 2006 p. 455) destaca que, “o profissional de Saúde Mental não estabelece, de fora, um novo padrão de organização, mas age como facilitador, no sentido de se atingir uma reorganização da vida pessoal e das relações sociais” dos portadores de transtornos mentais. Assim, é o próprio usuário, que no decorrer das oficinas, desenvolve novas formas de autonomia que possibilitam sua estabilização e relativa independência dos cuidados das profissionais atuantes. Segundo o referido autor, mesmo que a doença mental não apresente remissão, é possível desenvolver potencialidades afetivas que diminuam a vulnerabilidade dos usuários e possibilitem a instauração de vínculos sociais.

Desse modo, é possível ressaltar que as oficinas em questão, além de geradoras de trabalho e renda, funcionam como um exercício de autonomia, cidadania e cooperação (o qual leva em conta tanto a dimensão subjetiva como a dimensão sociocultural das profissionais e usuários), o que permite a visualização do saber construído numa relação de parceria, pelo menos em parte, não-hierarquizada. As oficinas só tem sentido a partir de um desejo, de uma escolha, seja do profissional que as propõe e coordena, seja do usuário que delas participam.

Com os devidos cuidados (visto que nos últimos meses de observação as técnicas e a assistente social passaram a presenciar vários furtos), a utilização do material também era liberada aos usuários. Em especial nas oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear, as usuárias tinham a liberdade de escolher, dentre o que era proposto pela técnica, o que queriam produzir e, conseqüentemente, o material que iriam utilizar. Inclusive, sempre que decidiam comprar algum material para a oficina (fossem tecidos, lãs, linhas, etc), a técnica convidava uma das usuárias para acompanhá-la até a loja. Defendia-se com esse feito, que além de autonomia, os usuários precisavam ter organização e responsabilidade com o que era deles.

Como o serviço disponibilizava vales-transporte (para a ida e para a volta), a maioria dos usuários chegava de ônibus, de diferentes pontos da cidade. Atualmente o acesso a RETRATE é fácil, uma vez que a mesma se localiza num ponto central da cidade. O que chama atenção, nesse caso, é que mesmo nos períodos em que a SMS demorou na liberação dos vales⁵⁴, os usuários não deixaram de comparecer às oficinas. Com exceção dos usuários da oficina de papel reciclado, que não faltavam porque possuíam carteira que permitia passe de ônibus livre, eram as usuárias das oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear, as que menos faltavam às atividades, demonstrando com esse ato uma preocupação maior com a produção e a geração da renda. Elas ressaltavam que, se faltassem, não teriam o que oferecer nas feiras.

Como o serviço é fechado ao meio-dia, eram servidas duas refeições aos usuários: o lanche da manhã e o da tarde. Como todos estavam em processo de alta dos CAPS, não existia muitos cuidados com relação à utilização de talheres, nem mesmo de pratos, copos e xícaras de vidro. Até outubro de 2011, na maioria das vezes a mesa para a refeição era preparada pelas próprias usuárias, sendo, portanto, elas que colocavam a água para aquecer, escolhiam o que iriam comer e arrumavam a mesa (dispondo xícaras e pires para todos os presentes, inclusive para as profissionais e a pesquisadora, as quais não se abstinham de realizar o lanche junto com os presentes). Ademais, como o serviço não dispunha de faxineira, a organização das oficinas demandava compartilhamento de tarefas. Assim, além de prevalecer a regra *cada um lava o que sujou*, tanto as profissionais como as usuárias se responsabilizavam pela manutenção da limpeza geral do prédio. Entretanto, apesar de todos terem consciência da importância de se seguirem as regras pré-estabelecidas, é fato que muitas vezes as xícaras e os talheres não ficavam bem limpos, que o chão não era varrido e que o lixo passava dias sem ser recolhido.

Tendo em vista essas questões, mas, sobretudo, o sentimento das profissionais responsáveis pelo serviço de que as usuárias estavam abusando da

⁵⁴Em maio de 2011, por exemplo, passou-se mais de 15 dias sem que o serviço disponibilizasse vales-transporte.

liberdade concedida⁵⁵, após a realização das reuniões gerais ficou decidido que as usuárias não entrariam mais na cozinha, ficando, portanto, apenas as técnicas, a assistente social e a auxiliar de enfermagem incumbidas da tarefa de organização da mesa para a realização das refeições e sua posterior limpeza. O choque maior, não obstante, foi quando a pesquisadora entrou na cozinha e se deparou com um enorme cadeado na porta da geladeira, confirmando, então, a forma estritamente hierárquica que passou a vigorar num momento de manifestação da reciprocidade assimétrica entre profissionais do serviço e usuárias. Satisfeitas ou não, as últimas tiveram apenas que acatar o que havia sido decidido.

Assim, quanto à circulação dos usuários na RETRATE, os lugares em que havia restrições de acesso eram o espaço onde ficavam os prontuários e as demais documentações e a cozinha. Ademais, ainda que os usuários tivessem o direito de entrar e sair da RETRATE na hora que quisessem, visto que as portas ficavam abertas todo o dia, para receberem a presença e os vales-transportes os mesmos deveriam chegar no horário e permanecer até o final das oficinas.

Parafraseando Goffman (1988), os sujeitos estigmatizados farão de tudo o que puderem para evitar o embaraço, a vergonha, o descrédito, no decorrer da interação social. Portanto, nesses momentos em que prepondera a reciprocidade assimétrica entre profissionais e usuárias, percebe-se nitidamente que muitas coisas ficam encobertas, e que as usuárias acabam evitando o conflito com as mesmas, seja para manter a ordem do grupo, ou mesmo pelo medo do confronto direto ou indireto, que pode ocorrer pela interação conversacional.

Ademais, a obrigação de *retribuir* o que é recebido por intermédio das profissionais da RETRATE, justifica em grande medida a opção dessas usuárias por não revidar nessas situações. As usuárias prezam o conhecimento adquirido por meio das técnicas, assim como a amizade e o apoio direto nos momentos difíceis; e, nesses casos, é importante perceber que além dos vínculos que podem ser rompidos, o afastando da RETRATE também traria dificuldades para aquelas

⁵⁵Por se sentirem em casa e, portanto, em família, as usuárias sentiam-se na liberdade de abrir os armários e a geladeira em qualquer horário, fosse para tomar chá ou suco, ou para pegar pacotes de bolachas para os lanches da manhã e da tarde no decorrer dos dias de feira.

usuárias que desejassem inserir-se em um novo serviço vinculado a rede de saúde mental.

Entretanto, nesse processo, o pensamento de Guareschi (2004) acerca das relações que se estabelecem num grupo social também é elucidativo. O autor afirma que em qualquer grupo social haverá diferentes tipos de relações, sejam elas de amizade, colaboração, conflito e dominação. Para ele (GUARESCHI, 2004, p. 69), “algumas dessas relações podem ir desaparecendo aos poucos, outras se modificam e outras, ainda, se fixam, se estabilizam até certo ponto, pois uma relação nunca chega a cristalizar-se totalmente, a absolutizar-se”. Essa assertiva justifica, portanto, a ideia de que embora as relações de reciprocidade simétricas prevaleçam no decorrer das oficinas, e sejam consideradas de suma importância no processo de ressignificação identitária e minimização do estigma, a existência de tensões e contradições no próprio grupo é considerada normal, na medida em que as relações se modificam e a intensidade delas também.

No momento em que as oficinas da RETRATE não se configuram como terapêuticas, mas como geradoras de trabalho e renda para portadores de transtornos mentais, o fruto de sua produção precisa entrar no circuito de comercialização. E, devido a isso, não é possível apresentar um produto mal acabado e que não se destaque entre tantos outros produtos expostos em outras bancas no decorrer das feiras. Assim, algo que é cada vez mais cobrado das usuárias é a qualidade (a estética do que está sendo produzido). Muitas vezes as usuárias reclamam baixinho entre elas quando a técnica vai conferir o acabamento dado ao produto e acaba mandando-as desmanchar e refazer novamente. No entanto, por já terem bem claro que se não fizerem as coisas bem feitas a reclamação virá com certeza, muitas desmancham várias vezes a mesma coisa, sem ao menos pedir a opinião da técnica responsável. Conforme foi destacado por Hera na entrevista: *“para a técnica ‘X’, tem que ser tudo nos mínimos detalhes”*.

Como exemplos dessas cobranças podem ser citados: (I) o dia em que a Artemis foi repreendida pelas técnicas por ter produzido nove saquinhos de tecido para perfumar ambientes com a mesma essência. Segundo as profissionais, tendo em vista que os clientes gostam de coisas diferentes, e que o grande atrativo destes

saquinhos são as várias opções de perfume, ela deveria ter perguntado antes de ter dado continuidade ao trabalho. No entanto, com a cobrança, a usuária se sentiu tão constrangida que ao sair da oficina foi sem rumo caminhar e desabafar com a Héstia; (II) o dia em que uma das técnicas mandou a Héstia desmanchar todas as roupas costuradas para as bonecas chamadas de vovós, pois as mesmas estavam mal acabadas. A usuária em questão, apesar de num primeiro momento ter silenciosamente desmanchado tudo e refeito o trabalho, logo após demonstrou sua insatisfação e tristeza para as demais usuárias; e (III) o tempo que Hera demorou para terminar uma manta de lã, visto que por várias vezes as técnicas lhe mostraram onde estava o erro, pegaram pontos que haviam sido perdidos, além da própria ajuda recebida pelas colegas de oficina. Porém, após um mês de tentativas frustradas a técnica se mostrou incomodada e pediu para que ela desistisse da manta e procurasse outra coisa para fazer. A atitude da técnica gerou tamanho desconforto para a usuária citada, que a mesma por várias vezes afirmou para suas colegas de oficina que as técnicas não gostavam dela.

Os fatos ilustrados acima também explicam o cuidado que as usuárias demonstram ao falar do trabalho da colega. Se em algum momento o auxílio de alguma delas é solicitado, o prazer de ajudar é misturado ao cuidado para não ofender, ainda mais se elas perceberem que o produto não está com a apresentação que deveria. Portanto, ao prestarem auxílio às colegas de oficina sem se mostrarem arrogantes ou críticas, as usuárias, além de demonstrarem respeito pelo trabalho do outro (e pelo outro), também criam, teórica e conceitualmente, a possibilidade de serem auxiliadas num momento posterior de necessidade por aquela que hoje ela auxiliou. É esse vínculo, criado a partir do dar, do receber e do retribuir, que efetiva o vínculo social entre usuárias; e, isso porque, “dar e receber implicam não só uma troca material – pois, quando auxílio alguém, ofereço alguma coisa, dou-lhe alguma coisa – mas uma troca espiritual, uma comunicação entre almas” (FLACH, SUSIN, 2006, p. 181).

Seguindo esta lógica, se faz necessário assinalar também que ao mesmo tempo em que as técnicas cobram qualidade na produção, elas também demonstram reconhecimento e gratidão ao trabalho exercido por cada uma das

usuárias dentro das oficinas. Todas as vezes que as usuárias se dispõem a trabalhar até mais tarde, desenvolvem um trabalho com cuidado e perfeição, entre outros exemplos, elas são elogiadas na frente de todos os presentes. Ademais, ao perceberem o estranho silêncio das usuárias após a realização de alguma crítica, as técnicas direta ou indiretamente se dispõem a falar sobre o assunto, explicando que a cobrança não é realizada por maldade, mas pela preocupação que elas têm em fazer com que a RETRATE seja conhecida pelo trabalho desenvolvido. Destarte, mesmo que a reciprocidade assimétrica se manifeste em momentos determinados, o reconhecimento das técnicas também representa uma retribuição, mobilizando o sentimento de pertencimento e promovendo a permanência das usuárias no serviço.

A necessidade de comercialização dos produtos justifica ainda a norma de que só serão aceitos aqueles usuários com alguma habilidade e, sobretudo, dispostos a trabalhar e a aprender. Mesmo quem nunca trabalhou e/ou não sabe desenvolver nenhuma das atividades propostas, é incentivado num primeiro momento a aprender. Nos meses em que decorreu o trabalho de campo, embora muitos usuários tenham sido criticados direta e indiretamente pelas técnicas e demais usuários pela dificuldade apresentada na conclusão dos trabalhos propostos, a pesquisadora aprendeu a bordar, costurar e fazer crochê, e, a cada produto acabado por ela, se fazia uma festa entre o grupo. A frase que predominava era: *“Viu?! Quem disse que não conseguirias? Tudo é uma questão de ter vontade e querer aprender!”*.

Como todo dinheiro arrecadado com as feiras é dividido proporcionalmente, de acordo com as vendas dos materiais produzidos em cada oficina, bem como com a presença dos participantes nas oficinas (ficando 50% do montante para uma caixa utilizada apenas para compras eventuais ou outras necessidades discutidas com o grupo), a falta de comprometimento, com o trabalho e com o grupo, e o desperdício de material, representam prejuízo para os próprios usuários.

Desde o início da pesquisa de campo o dinheiro arrecadado foi dividido três vezes entre os usuários, sendo que a média foi de R\$ 130,00 para a Héstitia (usuária das oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear), e de R\$ 1,00 para Deméter (usuária da oficina de pintura em tecido). Apesar das decisões

serem tomadas de forma coletiva, sempre houve a intervenção das técnicas na decisão sobre o melhor momento de realizar a divisão, mesmo onde as usuárias deveriam empregar o dinheiro. Na divisão citada, por exemplo, a técnica responsável pelas oficinas observadas estava insatisfeita com o fato de a Héstia estar regredindo em seu trabalho. Todos os dias ela comentava sobre o assunto com o grupo. Assim, como a usuária em questão receberia em média R\$ 130,00 e tudo indicava que ela estava com falta de visão (pois, um dia aparecia com óculos de grau comprado no comércio ambulante da cidade, no outro com os óculos do marido e, no outro, acabava pedindo emprestado para as colegas de oficina), a técnica realizou a divisão do dinheiro e lhe mandou direto para um oculista realizar um exame, e, após a consulta, comprar óculos adequados para o seu grau de visão. Sem questionar nada, na mesma semana Héstia apareceu na oficina com os óculos novos. O que se defende, novamente, é que o dar, o receber e o retribuir está presente tanto na preocupação da técnica para com a saúde da usuária (o que gera um sentimento de pertencimento, de amizade e cooperação), como na predisposição da usuária em comprar óculos novos sem ao menos se questionar se os mesmos eram de fato sua principal necessidade no momento.

4.4 Relações de reciprocidade

Uma das questões que se destacou no decorrer do trabalho de campo foi a da participação das usuárias na RETRATE não estar ligada necessariamente a geração do trabalho e da renda, mas, sobretudo, a ampliação das relações sociais, e a conseqüente produção e manutenção de vínculos de amizade, confiança e solidariedade, os quais, para elas, são mais significativos do que o confinamento ao espaço doméstico. Nesse processo, para a grande maioria das usuárias, as colegas de serviço representavam a sua segunda família, pois, conforme faziam questão de salientar, se não fosse pelo grupo, com certeza elas passariam o dia na cama, sem ânimo para nada.

Conforme explica Sabourin (2011, p. 38),

[...] a gestão dos recursos comuns repousa sobre uma estrutura de reciprocidade binária coletiva específica, o compartilhamento. Os valores afetivos e éticos gerados pelas relações de partilha correspondem a um sentimento de pertencimento e confiança.

Ademais, “associado a uma noção de unidade, de solidariedade, de força e de vida do ser coletivo ou comunitário” (SABOURIN, 2011, p. 38), o sentimento de pertencer a um todo é muito forte e aparece de forma espontânea na maioria das entrevistas.

Na RETRATE não troca-se presentes, matrimônios ou banquetes, mas compartilha-se experiências com pessoas que, apesar de já terem chegado ao *fundo do poço* devido aos seus problemas psíquicos, estão saindo de lá graças à união de seu esforço individual com o acolhimento dado pelo grupo. É fato, que em alguns momentos as usuárias apresentam insatisfação para com a postura e o trabalho das profissionais responsáveis pelo serviço, e estas, por sua vez, para como as atitudes e a postura das usuárias; no entanto, de acordo com o discurso apresentado, os vínculos produzidos no decorrer das oficinas são mais fortes e acabam sendo determinantes para a superação dos eventuais desentendimentos. Por considerarem o grupo uma segunda família, as usuárias avaliam as desavenças como normais, muito embora enfatizem que essas não podem prevalecer.

A veracidade dessa afirmação é atestada no momento em que as relações de cuidado e amizade estabelecidas entre profissionais e usuárias nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE ultrapassam esse espaço. Particularmente em relação às usuárias, estas se ligam, se visitam, saem para passear e fazem compras juntas. Quando uma delas chega às oficinas se mostrando depressiva, as demais logo proferem palavras de apoio e a convidam para ir à igreja, fazendo com que ela conte os motivos pelos quais está se sentindo desmotivada ou deprimida.

Durante a execução do trabalho em si, as usuárias também fazem questão de se ajudar. Se alguma delas, por algum motivo, está com dificuldades para concluir a sua atividade, antes mesmo de solicitar o auxílio da técnica (que poderá proferir alguma crítica e causar algum mal estar), solicita o auxílio de sua colega.

Muitas vezes fica claro que a usuária que se dispõe a ajudar sabe tanto quanto a outra, mas o simples fato de ser questionada sobre o modo de fazer, faz com que ela se sinta importante para o grupo e motivada para o trabalho. Esse acaba sendo um fator que merece evidência, pois mesmo que as manifestações de reciprocidade assimétricas acabem desestabilizando a união do grupo em alguns momentos, o acolhimento dado às usuárias faz com que se produza uma relação motivada pelo interesse para com o outro e pelo projeto coletivo.

O objetivo das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE está vinculado diretamente à inclusão social pelo trabalho de portadores de transtornos mentais e ou transtornos decorrentes de álcool e outras drogas, no entanto, para além dessa meta, existe a percepção de se estar trabalhando com vidas⁵⁶, e que a própria relação com estas vidas representa uma retribuição.

Um acontecimento que repercutiu significativamente na realidade analisada foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC) sofrido por Afrodite, uma vez que esta precisou ficar internada clinicamente por cerca de dois meses, vindo a falecer após esse período. Por ter a fala e os movimentos do seu corpo comprometidos, a mesma passou a usar fraldas, fato este, que gerava um custo elevado para sua família, a qual era de origem humilde. Conscientes da situação da família e sensibilizadas com o problema da amiga, profissionais e usuárias a visitavam seguidamente, além de fazerem *vaquinha* para auxiliar a família com a compra das fraldas. Não obstante, um dia antes da usuária em questão vir a falecer, Héstitia foi visitá-la e, ao sair do hospital, resolveu passar em uma igreja para pedir a Deus que aliviasse o sofrimento da amiga, fazendo aquilo que fosse o melhor. Infelizmente, no outro dia, ela recebeu a notícia do falecimento de Afrodite, o que fez com que ela se culpasse pelo fato e entrasse em crise depressiva.

Três dias após o falecimento de Afrodite, ao chegar à feira Bem da Terra para acompanhar o grupo (como de costume), a pesquisadora foi recebida por Héstitia com um forte abraço e com a pergunta angustiada e direta se ela tinha

⁵⁶A consciência de que se está trabalhando com vidas remete à noção de *fato social total*, na medida em que o social está integrado a um sistema que abrange aspectos familiares, econômicos, jurídicos, religioso e individuais (MAUSS, 1974).

ciência sobre o ocorrido. Diante da negativa da pesquisadora, a usuária começou a contar o acontecido e também sobre o seu desespero quando do fechamento do caixão no velório. Segundo o relato, ela se agarrou ao caixão, sendo necessário que Hera lhe puxasse e lhe tirasse dali. Sentindo-se culpada pela morte da amiga, ela dizia que em momento nenhum tinha pedido para Deus levar ela embora, mas era muito provável que ele tivesse entendido mal seu pedido. Héstia passou aproximadamente 40 minutos falando sobre a amizade que tinha com a usuária falecida, sobre os momentos em que a colega havia lhe ajudado (pagando o almoço ou transporte público quando ela precisava), mas também sobre a culpa que estava sentindo. Coincidentemente ou não, seu rendimento na RETRATE diminuiu muito depois do ocorrido, e ela que já era quieta, passou a se mostrar abatida e apática por um bom tempo.

O saldo dessa consciência remete à noção de que,

[...] há uma dialética inerente à dádiva que cria a sociabilidade. O dom vincula as pessoas com as coisas. Ou nas relações que criamos, nós nos vinculamos ao outro. É o que cimenta a vida em sociedade, é o que cria o laço social, o vínculo, é o que funda a sociedade como fato social total (FLACH; SUSIN, 2006, p. 180-181).

De tal modo, o engajamento das usuárias nas oficinas de geração de trabalho e renda existe porque “a relação social ou afetiva entre os sujeitos é mais importante que a natureza material da prestação de trabalho, mesmo se essa é necessária ou até indispensável” (SABOURIN, 2011, p. 37). Portanto, a dádiva e o reconhecimento do outro (base da reciprocidade) apresentam-se nas relações que se estabelecem, criando um objetivo comum, que é a inclusão social pelo trabalho e a conseqüente minimização do estigma da doença.

A reciprocidade na RETRATE é considerada, assim sendo, como uma dádiva na modernidade. Moderna no sentido de que a dádiva das sociedades tradicionais é realizada entre parentes e afins, ao passo que a dádiva nas sociedades modernas, no caso, entre as profissionais e as usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE é realizada entre estranhos. A esse respeito Godbout (1999, p. 93) destaca que:

Elas permanecem tradicionais em vários aspectos, sendo o principal a importância do comprometimento da personalidade. Mas são fundamentalmente modernas pelo fato de envolverem relações entre pessoas estranhas e por insistirem na liberdade.

Liberdade esta no sentido de que as usuárias e as profissionais estão ali por um desejo em comum: de realizar trocas, estabelecer vínculos e atenuar as dinâmicas de exclusão e estigmatização pela doença (pois, por exemplo, elas podem se desvincular da RETRATE a qualquer momento). Caillé (2002, p. 150) ressalta, porém, que “o dom e a ação associativa estimulam a entrar no ciclo da circulação da dívida que, quando funciona bem, cria o endividamento mútuo positivo”, definido pelo compromisso assumido junto ao grupo.

4.5 Confraternização de final de ano

A confraternização de final de ano, realizada no dia 22 de dezembro de 2011, além de resumir a prevalência e a importância das relações de reciprocidade nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, também refletiu o momento em que a pesquisadora teve a certeza de que trabalhar com essa temática não foi uma utopia sua, visto que a primazia do dar, receber e retribuir correspondia de fato à realidade do grupo. O sorriso estava estampado no rosto de todos os usuários; mesmo aqueles que tinham começado a participar do grupo a menos de duas semanas, se mostravam realizados. Conforme a fala de alguns durante a confraternização, todos estavam ali para comemorar em família.

Por fazer um mês que a pesquisadora não comparecia a RETRATE, todo o trabalho desenvolvido para as feiras de final de ano não foi acompanhado. É fato, que havia certo pessimismo por parte da pesquisadora com relação às vendas e a participação das usuárias nas oficinas e nas feiras, visto que os meses de outubro e novembro haviam sido de mudanças e readaptações e, devido a isso, muitas das usuárias das oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, tricô, crochê e tear

não estavam comparecendo ao trabalho como de costume. Entretanto, para a sua surpresa, ao entrar na RETRATE se deparou com todas as usuárias reunidas (mesmo aquelas que estavam afastadas há algum tempo se fizeram presentes). Surpresa ainda maior foi quando soube que a venda dessas oficinas tinha superado a quantia de R\$ 1.000,00 em aproximados dois meses, coisa que até então nunca tinha acontecido, pois o valor médio mensal dos meses anteriores restava em uma faixa bem inferior. O compromisso assumido junto ao grupo, assim como os valores de amizade, solidariedade e cooperação, foram mais fortes e significativos do que os desentendimentos, e fizeram com que as usuárias se reunissem duas semanas antes das feiras para confeccionar os produtos a serem comercializados, e igualmente estendessem suas jornadas de atividades incansavelmente até às 20 horas e 30 minutos.

Como é de praxe nas festas de final de ano, foi realizado um amigo secreto entre profissionais e usuários. Ficou determinado que o presente a ser dado por todos deveria ser uma caneca (tanto pelo valor que seria irrisório, como pela utilidade). Contudo, como alguns não tinham condições financeiras para comprar o presente em questão, as técnicas utilizaram o dinheiro guardado para ser utilizado com oficinas para comprar algumas canecas a mais. O importante, mais uma vez, não era o presente em si, mas a confraternização entre o grupo.⁵⁷

Apesar das cobranças das técnicas e das discordâncias existentes entre o grupo no decorrer de 2011, ficou evidente nesse evento que as relações de reciprocidade representam a essência do grupo. Prova disso foram: os elogios proferidos pelas profissionais do serviço a todos os usuários presentes; os presentes trazidos por Hera para serem entregues às duas técnicas (as quais ela havia se

⁵⁷É possível que num primeiro momento a pesquisadora tenha menosprezado o valor que teriam aquelas canecas para aqueles usuários. Não obstante, ao conversar com a sua amiga secreta, amiga está que ela não conhecia até então, descobriu que um presente simples pode ter um valor inestimável. Segundo a usuária em questão, numa crise resultante de seu transtorno bipolar, ela, para não bater no marido, tinha quebrado praticamente todas as canecas de casa, sobrando apenas uma. Sem condições financeiras para comer (pois, conforme relato durante o agradecimento que fez individualmente a uma das técnicas, estava a mais de uma semana comendo apenas arroz), e muito menos para comprar utensílios de utilidade doméstica, ela e o marido compartilhavam a única caneca que havia restado: no momento que um estava utilizando a caneca, o outro tinha que esperar. Sua felicidade estava no fato de que, a partir daquele dia, cada um teria a sua própria caneca.

estressado após ser retirada da oficina de costura por não apresentar qualidade no que produzia); o choro de uma das técnicas quando a outra revelou que ela era a sua amiga secreta e após, fez um longo discurso reconhecendo os seus erros e pregando o companheirismo; e o reconhecimento da parte de Artemis ao auxílio prestado por um usuário da oficina de pintura nas feiras de final de ano (na opinião dela, como o usuário em questão não receberia nada da oficina de pintura, deveria pelo menos receber uma quantia em dinheiro pelo trabalho realizado nas últimas feiras). Ainda nesse mesmo período em que a pesquisadora esteve ausente, as profissionais refletiram sobre as mudanças que elas mesmas haviam imposto às usuárias, e retiraram o cadeado da geladeira, voltando, por conseguinte, a pedir para que as próprias usuárias servissem a mesa do lanche.

Em suma, nesse ato ficou claro para a pesquisadora que, independentemente da quantidade ou do nível de sua contribuição, todos (sejam profissionais, usuários ou mesmo pesquisadores), em algum momento, passam a se beneficiar dos valores e dos vínculos produzidos por intermédio das relações de reciprocidade nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE. No entanto, o benefício trazido por esses valores afetivos e éticos exige que cada um (mesmo que em momentos ou de formas diferenciadas, pois cada pessoa é livre no seu comportamento) demonstre o cuidado e a responsabilidade de participar ativa e simbolicamente de sua manutenção, pois é a reprodução do ciclo dar, receber e retribuir que garante a continuidade dessas relações e até mesmo do serviço.

Não se pode negar, por conseguinte, que a existência da incerteza, da indeterminação, do risco quanto à efetiva retribuição da dívida por parte dos sujeitos envolvidos, se faz constantemente presente nesta estrutura de reciprocidade; até mesmo porque, ela se diferencia do contrato mercantil, que obriga os sujeitos a cumprirem com o combinado, independente dos sentimentos e vínculos existentes com relação ao outro. No entanto, “entrar no jogo do dom, nos presentes dados e recebidos, é aceitar comprometer-se. O sistema da dívida estabelece entre doador e donatário uma ligação muito forte” (FLACH, SUSIN, 2006, p. 192). Assim sendo, é de se evidenciar que, além da própria participação nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE representar num primeiro momento uma retribuição, o

engajamento pessoal e mútuo por parte das profissionais e usuárias em relação à manutenção do trabalho e minimização do estigma social da doença, faz com que a confiança no outro se estabeleça, que o conhecimento seja compartilhado, e que os laços sociais sejam zelados e enaltecidos por todos os envolvidos.

Capítulo 5 – Usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE: histórias de vida e relação com a família, com o estigma e com o grupo

Após refletir-se sobre os discursos e as práticas presentes nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, o presente capítulo tem como objetivo apresentar as histórias de vida das protagonistas deste estudo.

Para melhor discorrer sobre o tema proposto, neste capítulo, a importância da tríplice obrigação (dar, receber e retribuir) é trazida a cena através estudos pautados em *famílias de grupos populares*. Os mesmos, para além de uma leitura com viés estritamente econômico, buscam ilustrar e dar sentido as vivências narradas. Nesse sentido, sugere-se pensar as positividade das formas de sociabilidade das usuárias observadas, de forma que contemplem seus “modos de vida como fenômeno histórico, fruto de determinadas circunstâncias econômicas e políticas, e que dê prova da criatividade de indivíduos agindo em sociedade” (FONSECA, 2007, p. 37).

Toma-se assim, por família, uma concepção que permite vislumbrar outras formas de convivência e organização; outros acordos e arranjos familiares, que possam, em dado momento, opor-se aos modelos hegemônicos, mas que igualmente deem sentido ao parentesco, a consanguinidade, ao pertencimento. Entende-se ainda, por família, a exemplo de Fonseca (1997), aquela instância na qual: a divisão sexual do trabalho, a regulação da sexualidade, a definição de

papéis, as relações de poder e a construção social dos gêneros; se encontram enraizadas.

Sarti (1994), tangenciando essa problemática, ressalta os *valores tradicionais* como marca dos pobres urbanos; estando as suas relações familiares fundadas num código de lealdades, confiança e obrigações mútuas e recíprocas, tendo como pano de fundo o trabalho, a moralidade e a hierarquia. A autora defende ainda que a análise da atuação dos sujeitos nas famílias de grupos populares seja compreendida como direcionadas para o enfrentamento de situações adversas que ameaçam a estabilidade e a reprodução do grupo. Assim, nesse universo, não há relações com parentes consanguíneos, se com eles não for possível dar, receber e retribuir, ou seja, as três obrigações essenciais que compõem esse universo moral fundado no princípio da reciprocidade, tal como formulado por Mauss (1974).

Para cumprir a meta acima proposta, o capítulo divide-se em cinco seções, a saber: (I) *O início da vida, outros tempos, outra cultura*; (II) *Os trabalhos impostos pela vida: casamento, relação com o mercado de trabalho e a posterior depressão*; (III) *O primeiro contato com a rede de saúde mental*; (IV) *A influência da estigmatização social pela doença na vida das usuárias*; e (V) *Relações estabelecidas com o grupo nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE*.

5.1 O início da vida, outros tempos, outra cultura

Quando convidadas a reconstruir suas histórias de vida, falando, num primeiro momento, sobre a infância e a adolescência, a maioria das usuárias apontou a infância como a melhor ou a mais tranquila fase de suas vidas. No entanto, ao serem questionadas sobre os momentos marcantes desse período, acabaram dando prioridade aos relatos sobre os traumas vivenciados.

A morte do irmão de Atena; a impossibilidade do pai de Artemis comprar presentes para os seus filhos no Natal e a doença (e posterior morte) da mãe de Héstita. Todos esses fatores têm conotação *moral*, na medida em que “se

desencadeiam no interior das relações familiares e nomeiam todas as instâncias de crises ou subversão de seu desempenho ideal” (DUARTE, 1986, p. 184), acabando por trazer efeitos perturbadores para suas vidas.

“A minha infância para mim foi muito boa, eu só tenho recordações muito boas do meu pai e da minha mãe, que sempre foram muito bons para mim. Eu levei foi um tapa da minha mãe uma vez só, do meu pai eu nunca levei um tapa. O que tive foi um trauma, desde seis ou sete anos acho que eu tinha quando eu perdi meu irmão acidentado com dezesseis anos e foi aí que eu fiquei meio traumatizada com essa coisa de morte. Mas sempre me relacionei bem com meus irmãos, somos amigos sempre, somos amigos. Minha infância foi muito boa. A única recordação ruim que eu tenho é com meu irmão. Eu lembro que naquela época eles velavam pra fora, não tinha lugar, então velavam em casa, aquela coisa, né?! E eu me lembro que eu me acordei, abri a porta do quarto e me deparei com um caixão dentro de casa. Então hoje isso me traz muito... agora mesmo, semana passada ou semana retrasada eu tava vendo um caixão a todo momento na minha frente, aquela coisa toda assim. Sempre que eu fico deprimida, com depressão, que sempre tenho a imagem de um caixão. Eu não sei se foi isso que me levou a essa coisa... porque quando eu me acordei de manhã, abri a porta do quarto e me deparei com o caixão (eu não sabia nem quem era, porque ele estava com a cabeça toda amarrada) e eu me choquei com aquilo” (Atena).

“Eu fui criada aqui mesmo, só uma quadra para lá, aqui era a antiga Vila Real. Eu fui morar ali, eu tinha cinco, seis anos, e tive uma infância tranquila, brincando, fazendo frege. E a minha adolescência já foi mais assim, porque com essa história de namorar (eu namorava o meu marido), então eu apanhava muito. O meu irmão urinava na cama e todo o dia era uma surra de relho que a gente levava [...]. Mas o resto foi tudo divertido, eu aproveitei bastante. A gente tinha dificuldade sim, porque era só o pai a trabalhar e eu lembro vagamente, mas a mãe sempre contava que quando nós éramos pequenos, pequenos mesmos, uns quatro anos talvez [...], o pai se acidentou e ele era pedreiro e caiu uma parede pronta por cima

dele e ele se quebrou. E aí era perto do Natal e aí as crianças tudo da volta ganharam presentes e eu e o meu irmão não. Então a gente foi na mãe e no pai chorando, porque o Papai Noel não gostava de nós, porque os outros pais estavam bem, não estavam doentes, estavam trabalhando e o Papai Noel tinha levado presentes e pra mim e para o meu irmão que o pai estava doente e não estava trabalhando, o Papai Noel não tinha levado presente para nós. Então a gente achou que o papai Noel não gostava de nós por causa disso. Aí a gente chorou e a mãe chorou junto, coitada. Mas aí ela explicou para nós que o Papai Noel não existe, que o Papai Noel era o pai da gente, mas como ele não estava trabalhando, estava doente, o nosso pai não tinha como comprar presente por causa disso [...]. E aí ela tirou aquela ilusão de criança de Papai Noel, mas por uma boa causa, porque o que ela ia dizer também? Não tinha explicação. Os pais tudo bem, trabalhando, e os filhos tinham ganhado presente e nós que o pai tava doente, não tinha ganhado nada. Então a mãe pegou e disse, e eu criei os meus filhos sem a ilusão do Papai Noel. O Papai Noel é o pai e a mãe que são, o coelhinho é o pai e a mãe que são, eu criei eles assim. Nunca faltou comida para nós; arroz e feijão; graças à Deus nós sempre tinha [...]. O pai nunca deixou faltar as coisas para nós, mas claro, a gente vivia com dificuldade mesmo” (Artemis).

“Infância, infância a gente não teve né?! Porque a minha mãe adoeceu cedo. A gente morava lá no bairro Simões Lopes, aí ela foi parar no hospital e a gente começou a cuidar dela. Eu ia tirar ficha para ela no INPS, eu tomava conta dos outros que eram os meus irmãos menores [...] e cuidava da casa já e já tinha que cozinhar [...]. Eu mesmo estudei até a segunda série por causa da doença dela, por que não tinha como... porque enquanto uma ia para o hospital a outra ficava com os outros dois [...], às vezes o pai ia para Porto Alegre com ela também. Inclusive quando ela faleceu, ela tava com ordem para ir para Porto Alegre. Ela não foi por que a minha tia pegou e disse: A tua mãe acho que não passa dessa noite. Ela tinha câncer no intestino, quando eles abriram, porque naquela época eles não sabiam, né?! [...]. Não tinham como diagnosticar, ultrassom e essas coisa. Aí eles foram fazer cirurgia para tirar o útero e o ovário, e aí quando eles abriram já tava tomado o útero,

o ovário, o intestino, tudo. Aí eles pegaram e fecharam, e aí chamaram o meu pai e disseram: Ela pode durar um ano, pode durar seis meses, pode durar um mês. E naquela época não tinha quimioterapia aqui, era em Porto Alegre que tinha que fazer. Então quando ela ia lá ela vinha bem, bem que parecia que ela não tinha nada. Mas tinha que correr para fazer tudo pelo INPS, porque a gente não tinha condições né?! Porque na verdade, na verdade, quem tinha era a minha vó, que era a mãe dela, que nos ajudava e cuidava de nós; mas depois ela adoeceu também. E na hora que nós mais precisamos dela, ela faleceu também [...]. Aí os meus tios começaram a tomar conta dela, mas em seguida que a minha vó morreu, morreu ela também. Quando ela morreu, eu tinha 12 anos.

Na infância sempre me chamavam de bocaberta, sei lá, eu sempre me senti meio rejeitada na família [...]. Porque eu ia lavar uma louça e todo mundo dizia que eu não sabia lavar a louça. Então, sei lá, eu me sentia excluída da família. E ainda depois eu fui para o internato. A minha irmã mais velha tava lá e a madrinha dela ia, e quando a madrinha dela pegou ela e levou para a casa dela, aí só ia o pai, não ia mais ninguém. Se eu tenho depressão eu tenho a muitos anos e agora que veio os sintomas” (Héstia).

Tendo em vista essas considerações, se percebe nitidamente que o *valor*⁵⁸ atribuído por elas aos vínculos e ao pertencimento à família também foi ressaltado. Isto se deve ao fato de que em famílias de grupos populares a prevalência de relações de obrigação moral e de reciprocidade é considerada essencial para a perpetuação dos laços sociais. Neste contexto, a própria divisão de papéis é considerada normal (sendo a mulher simbolicamente associada ao mundo da casa e o homem ao mundo da rua), muito embora os universos acabem sendo conduzidos por normas morais distintas. O argumento básico, segundo Sarti (1989), é o de que as relações de gênero são constituídas por dois princípios: “o da reciprocidade que estabelece papéis complementares para o homem e a mulher; e o da hierarquia, que

⁵⁸O *Valor-Família*, segundo Sarti (1994), Duarte (1986), Fonseca (2004) é o elemento fundamental para a determinação da identidade social dos seus membros, ele representa um dos principais valores do sistema simbólico do grupo.

delimita a autoridade masculina sobre a família” (SARTI, 1989, p. 38) – princípio, este, considerado a referência básica na construção da identidade social da mulher –.⁵⁹

No que diz respeito, especificamente, à relação estabelecida entre pais e filhos, Sarti (1994) e Duarte (1986) destacam que, dentre as relações familiares, é ela a que apresenta o vínculo mais forte e as obrigações morais mais significativas, tendo como premissa básica o valor ideal do respeito⁶⁰ pela classe etária. Na perspectiva dos pais, embora os filhos sejam os verdadeiros responsáveis pelo sentido dado ao seu projeto de casamento, *fertilizando-o*, cabe a eles uma retribuição que deve existir enquanto compromisso moral, quer auxiliando nos momentos em que o pai ou a mãe estão precisando, quer sendo um bom filho (ou seja, honesto e trabalhador). Portanto, nas famílias de grupos populares, as crianças acabam perdendo suas regalias muito cedo; mais precisamente, em torno dos seis ou sete anos, quando demonstram capacidade para repartir as obrigações familiares (SARTI, 1994).

Considerando os valores de classe média, a *adultação* da infância ou a ausência de adolescência tem conotação excessivamente negativa. No entanto, de acordo com Duarte (1986), essa exposição brusca ao desafio de ser *adulto* também pode ter aspectos positivos. Para o referido autor:

Essa dimensão positiva está ligada à alta valorização da condição adulta, como acesso a identidade plena e legítima e pode se associar tanto à intenção efetiva de contribuir para melhorar a reprodução da casa, ajudando nas despesas, quanto, por outro lado e ao mesmo tempo, de instituir uma margem de “liberdade” face à rigorosa autoridade paterna. O primeiro aspecto é mais expressável na trajetória dos rapazes e o segundo na trajetória das moças, que se vêem frequentemente a essa altura da vida como excessivamente tolhidas pelo controle familiar (DUARTE, 1986, p. 187).

⁵⁹“Em princípio, podemos dizer que o elemento homem/marido engloba hierarquicamente o elemento mulher, no sentido de que este se apresenta subordinado àquele; ‘interno’, em relação a sua maior ‘exterioridade’; ‘privado’, em relação ao seu caráter mais ‘público’; ‘natural’ em relação ao seu caráter mais ‘social’” (DUARTE, 1986, p. 174).

⁶⁰Para Duarte (1986, p. 182), “o respeito é fundamentalmente o reconhecimento de uma plenitude de identidade que só é atingida pela ultrapassagem da idade adolescente, pelo casamento e pelo nascimento de filhos; ou seja, pela assunção das responsabilidades e da dignidade, inerentes a condição de uma família nova”.

Assim, fica latente que, além da forte hierarquia presente nessas relações, a precariedade econômica e social vivenciada por essas famílias também devem ser consideradas, quando dos filhos é exigida a retribuição através do trabalho. O que se destaca nas entrevistas é que, para prover o sustento da família, foi necessário que os pais trabalhassem arduamente (seja na zona rural, seja na zona urbana), mas que os filhos (no caso, as usuárias) também se empenhassem, muitas vezes parando de estudar para conviver com as preocupações próprias dos adultos e ajudar na renda familiar. Com exceção de Artemis, que não precisou trabalhar na infância (e só parou de estudar devido à escolha que sua mãe mandou que ela fizesse entre a escola ou o namorado), todas as demais tiveram que abdicar dos estudos para auxiliar no sustento familiar. Não obstante, é apropriado enfatizar que foi o desempenho recíproco de suas obrigações que deu sentido a essas relações.

“[...] Nós moramos na Osório quando não tinha casa nenhuma [...]. A gente morava num chalé, e na volta do chalé tinha 24 barracas de beduína [...]. Dali, nós viemos para a Dom Joaquim e na Dom Joaquim eu trabalhei de servente de pedreiro com meu pai. Eu tinha o quê? 8 ou 10 anos, e trabalhei até os 15 anos com meu pai. [...] Ali a relação do pai e da mãe era boa porque agente tinha vaca – porque tinha leite –, tinha porco, tinha cavalo. A gente era pobre sim, muito pobre mesmo, mas a gente tinha essas coisas [...] para sobreviver. A mãe plantava muita verdura, muita couve, rabanete, beterraba, batata doce, batata inglesa, essas coisas assim. Aquilo ali era um... pomarzinho, a gente tinha um pouquinho de cada coisa para sobreviver – os seis irmãos e mais o pai e a mãe – [...]. Naquela época a vida era muito mais difícil do que agora, com toda a certeza” (Hera).

“Comecei a trabalhar com 14 anos, minha mãe costurava também, ela era agricultora, mas costurava também. E eu com 6, 7 anos já ia pra máquina. A mãe largava a máquina meio dia para fazer o almoço e eu corria, ia lá e fazia roupas de bonecas. E aí fui indo, com 14 anos eu já estava na máquina e costurava direto, e aí já comecei a trabalhar” (Atena).

Com o trabalho assumindo papel de destaque no processo de socialização das usuárias, a escola precisou ser relegada a um segundo plano, o que influenciou diretamente no fato de nenhuma das entrevistadas ter concluído o ensino fundamental. Porém, com exceção de Atena, que afirmou ter se arrependido de ter parado de estudar, dando ênfase aos cursos que ela fez na fase adulta para aperfeiçoamento em corte e costura, as demais não demonstraram o mesmo arrependimento.

“[...] Eu nunca gostei de estudar, nunca, nunca. Não foi opção minha largar os estudos, foi assim, quando eu estudava e eu quis namorar, a minha mãe mandou eu escolher: Ou tu namora ou tu faz o colégio. E eu, como gostava do meu marido saí do colégio. Aí não pude estudar” (Artemis).

“Eu acho que me arrepender de largar a escola eu não me arrependi. Não sei se eu me arrependi ou não me arrependi, porque eu era uma pessoa assim, dentro da escola eu era quieta, então eu fazia tudo: copiava, fazia os exercícios. As gurias começavam a conversar, os guris as vezes não copiavam e a professora passava mais exercícios no caderno e eu fazia. Eu não sei se eu tinha a cabeça meia fraca, eu não sei se eu precisava de alguma vitamina, sei lá. Porque eu sei que eu saía da sala de aula e eu não sabia nada. Até uma vez a minha professora chamou a mãe e disse que eu precisava de uma leitura, de ler bastante. E naquela época era cartilha, aí ela abriu aquela cartilha naquela página e enquanto eu não li corretamente para ela, ela não me tirou dali. E eu acho que foi ali que me estragou mais ainda. E aí ela com o rebenque do meu lado, até eu ler. Aí eu li corretamente para ela e quando foi de tarde a professora me abre a cartilha para mim ler na mesma página. Aí eu olhei para a professora e falei toda a leitura. No fim eu decorei, eu não deveria decorar, eu era para aprender a ler e não a decorar. E ela me perguntou: O que houve que tu decorou? E eu disse: A mãe me botou o tempo todo nessa leitura. Ela: Ah... daqui por diante tu não vais mais conseguir ler direito mesmo. Por isso eu te digo, se eu tiver que ler, eu leio, mas eu leio gaguejando [...]” (Héstia)

Como na época em que as entrevistadas eram crianças a comercialização e o consumo não eram tão intensos quanto na atualidade, predominavam os brinquedos confeccionados por elas ou pela própria família. Mas, ao mesmo tempo em que esta conjuntura instigava a criatividade e proporcionava às crianças maior liberdade para brincar, também gerava sonhos, alguns, inclusive, mantidos vivos até hoje.

“Eu me lembro que a minha mãe sempre me chamava para o almoço e eu custava a ir, quando eu não estava fazendo... – Te lembra daquela cerca viva...? É uma planta? Então a gente pegava uma folhinha, botava uma florzinha, um bracinho, o outro bracinho, e aí em cima a cabecinha, aí botava um pauzinho [...]. Como se fosse um bonequinho. Nunca tivemos bonecas, quando pequenas. E isso sim, isso é bem marcante. Porque que eu tenho essas bonecas aí?! Por causa disso, aí eu... passava horas e horas brincando ali, e a mãe chamava para o almoço e eu nem te ligo” (Hera).

No que se refere à adolescência das usuárias, pouco foi dito pela maioria. Talvez isso se deva, conforme enfatiza Sarti (1994), ao fato de que, apesar de ser considerada uma fase complicada (pois, é quando a mulher passa a ter o controle sobre ela mesma e, sobretudo, sobre a sua sexualidade), ela não provoca um corte significativo em relação à infância, na medida em que a menina, para cumprir suas obrigações morais, desde muito nova já tem participação no trabalho e nas responsabilidades domésticas e familiares. Assim, esse período acaba se constituindo como uma espécie de limbo: por um lado não são mais permitidas as brincadeiras e as regalias da infância, e por outro a condição de mulher também não é desfrutada, pois esta, a princípio, só lhe é concedida com o casamento (por esse motivo o seu atrativo).

Confirmando a assertiva de Sarti (1994), Artemis foi a única que expôs seu comportamento no decorrer da adolescência, na medida em que as demais não tocaram no assunto, nem mesmo durante conversas informais ao longo das oficinas.

“São essas coisas que mais me marcam né? E também o meu marido, que quando a gente namorou, eu tinha 12 anos. Inclusive a gente namorava escondido, porque se a minha mãe pegava era aquela surra de pau; horrível! Aí depois ele foi se embora para Porto Alegre e aí eu não queria mais saber dele por causa de outra guria aí; por que eu era muito ciumenta, sempre fui. Aí eu não quis saber mais dele, mas ele mandava carta. O que me marcou muito também é que naquela época tinha a Sinfonia do Amor, que era colorida aquela novela [...] e era muito romântica [...]. Então em cada quadrinho ele colocava como se fosse nós. Daí ele pegava e mandava carta de lá e eu não queria. Aí depois ele veio de lá e mandou uma carta para mim dizendo que se eu não resolvesse namorar ele, que ele iria embora de vez. Mas eu fiquei na minha, nem dei bola. Aí depois ele voltou de lá e a gente ia ao baile e ele queria ficar comigo e mandava os colegas dele dizer que ele ia me levar em casa. Mas eu dizia que não, como eu tinha ido sozinha eu ia voltar sozinha. Mas aí tinha sempre um guri que me tirava pra dançar, então ele via que meu marido ia vim me tirar para dançar, ele corria e vinha primeiro, até que o meu marido conseguiu e, aí sim, aí a gente ficou namorando. Aí ele ficou de vim falar com a mãe dia 1º de janeiro de 1970 [...]; eu já tinha 14 anos nessa época [...]” (Artemis)

Por fim, o que se apreende de todo esse contexto é a reciprocidade como princípio articulador das relações de gênero entre famílias de grupos populares e uma inclusão social precária, representada pelas condições sociais e econômicas que se tornaram simbólicas na vida dessas usuárias, desde a mais tenra infância e que com certeza influenciaram a continuam influenciando os seus modos de ser e viver.

5.2 Os trabalhos impostos pela vida: casamento, relação com o mercado de trabalho e a posterior depressão

O casamento, concebido pelas usuárias entrevistadas como um meio para que elas constituíssem sua própria família, torna-se o eixo que organiza todas as suas percepções biográficas. “O antes e o depois, o melhor e o pior têm, neste episódio de suas vidas, o marco divisor” (SARTI, 1989, p. 44). Ele configura-se como um espaço de *liberdade*, sempre em termo relativos, na medida em que se torna a alternativa mais plausível para por fim a momentos difíceis e árduos vivenciados na infância e na adolescência (SARTI, 1989). Contudo, apesar da crença nutrida em um casamento feliz, esta acaba por não se configurar, e a se desfazer, no momento em que os seus maridos deixam de cumprir seu papel social, que é o de colocar comida dentro de casa e fazer com que a unidade doméstica e os membros de sua família sejam respeitados.

A história de Hera é elucidativa nesse sentido, pois no momento em que o marido desrespeitava a moral da família ao passar tanto o dia como a noite na rua (sem dar nenhuma satisfação), ou mesmo quando gastava todo o dinheiro que recebia com festas e bebidas, coube a usuária em questão assumir o papel de mãe e pai ao mesmo tempo.

“Eu casei com 23 anos e criei os meus filhos abaixo de sacrifício, porque foi assim, o meu marido, estava pouco se importando o que tinha para os filhos, se tinha o que comer ou o que beber, ele comendo o resto não precisava comer [...]. Ele trabalhava sim, mas ele chegava e saía sexta-feira: sexta, sábado, domingo, segunda e ele ia chegar em casa terça-feira sem um puto tostão no bolso” (Hera).

Atinente a essa questão, Duarte (1986) enfatiza que a própria associação do homem com o mundo da rua pode vir a comprometer a complementaridade que deveria revestir o seu papel na casa. De certa forma, pode-se dizer que no momento em que o homem é *expulso* da casa para cumprir seu papel social, ele acabará por constituir “redes de relações sociais paralelas e mono-sexuais que reforçarão a

diferenciação de ethos” (DUARTE, 1986, p. 164), e poderá assumir, inclusive, um papel agressivo e marginal. Assim, é possível que haja uma boa margem de tensão, conflito e perturbação, entre o homem e a mulher, em decorrência da própria dinâmica dessa diferenciação de gênero e obrigações morais.

Em consonância com o que foi descrito acima, se observa também que,

[...] se muito da vulnerabilidade feminina está em ter sua relação com o mundo externo mediada pelo homem, o que a fragiliza em face deste mundo que, por sua vez, continua reproduzindo e reiterando as desigualdades sexuais, o lugar central do homem na família, como provedor, torna-o também vulnerável, porque o coloca dependente das relações externas, que possuem determinações que escapam ao seu controle. Esta dupla vulnerabilidade é especialmente grave no caso das famílias socialmente vulneráveis, que estão mais expostas à instabilidade estrutural do mercado de trabalho que as absorvem. Ambos, homens e mulheres, muitas vezes acabam embaraçados nesse emaranhado de expectativas frustradas (PAIVA, 2008, p. 145).

Nesse processo, é interessante observar que a própria sexualidade aparece como uma dimensão contida ao projeto familiar, a qual só é legitimada no momento em que se inscreve num duplo código moral sexual. Este, está imbricado na lógica de uma relação complementar e recíproca entre o homem e a mulher. Assim sendo, é a mulher que “dá o seu corpo em retribuição ao homem, mediador entre ela e o mundo social, lhe dá: a garantia de sua sobrevivência material e a respeitabilidade de uma condição familiar que a situa socialmente e lhe confere identidade” (SARTI, 1989, 42).

A prova de que a sexualidade é abalada nos momentos de quebra de reciprocidade entre o casal está contida no depoimento de Artemis. Embora a usuária em questão elogie o comportamento atual do marido para com ela e para com a família, ela não deixa de mencionar a falta de confiança, a mágoa sentida pelas suas atitudes do passado e, até mesmo, o ciúme, as brigas e as agressões. Quando ela enfatiza o fato de que eles não se separam da cama, ela não está se referindo estritamente ao ato sexual (pois, este, deixa de acontecer nos momentos em que o conflito se instaura), mas ao espaço em que a relação de marido e mulher se estabelece. Portanto, ao que consta, no momento em que, além da traição, o

marido de Artemis deixar de cumprir seus deveres familiares, eles irão se separar da cama e, conseqüentemente, o casamento acabará.

“Claro que antes da morte do meu filho eu já tive depressão, porque o meu marido tinha uma mulher e aí quando eu descobri também entrei em depressão. Foi em 2000, 2002, a minha filha tinha se acidentado também, e foi um susto, foi de madrugada, ela ia para a praia. E aí depois, quando foi em julho, eu tinha feito uma cirurgia de útero, por causa da bexiga caída, é períneo que se chama e já tava ruim, me deu uma infecção na urina. E eu já entrei em depressão no hospital, quando eu me operei eu já entrei em depressão. E depois eu custei a me recuperar e aí eu descobri que ele tinha outra mulher e caí em depressão de novo, né?! Mas quando eu descobri, ele deixou ela de vez, né?! Com o meu marido tudo mudou, tudo mudou, a gente vive bem, vive como marido e mulher e tudo, mas eu qualquer coisinha eu brigo, porque eu sou muito desconfiada, então se ele chega mais tarde eu já falo e aquela coisa assim. É porque depois que acontece uma vez a gente fica com aquela coisa, não consigo mais, eu não tenho aquela confiança que eu tinha antes. Mas nem um dia a gente se separou de cama. Eu descobri porque eu ouvi alguns comentários, né?! [...] Mas na mesma hora que eu descobri deu. Aqui tinha um galpão, tinha uma rede, e um dia eu enchi a cara dele de tapa e ele não falou nada, nada, nada, ficou bem quietinho, e aí depois eu fui para o quarto, peguei uma faca, botei embaixo do travesseiro. [...] Então ele me viu e se deitou no quarto com as crianças. E ele se mexia na cama e eu também, claro a gente não sabe o que pode acontecer. Aí depois ele se deitou na rede e não conseguia dormir. E aí ele foi lá para o quarto e a gente se perdeu conversando. Claro, ele ficou na cama, mas assim... eu não queria saber de nada com ele. Mas a gente nunca se separou, nem de cama a gente se separou, a gente briga e tudo, mas ele não sai da cama. A gente fica brabo e tudo, mas a gente se mantém, a gente nunca se separou” (Artemis).

A importância de se ter um “homem provedor – de teto, alimento e respeito” (SARTI, 1994, p, 47)⁶¹, justifica, na maioria das vezes, a opção das usuárias por manterem o casamento durante anos. No caso de Atena, por exemplo, o casamento só se desfez no momento em que ela finalmente percebeu que não tinha mais sentido continuar investindo nessa instituição que se mostrava fragilizada social e moralmente.

“Eu me casei com 19 anos e tive minha primeira filha com 20 anos. No início tudo foi às mil maravilhas, até nascer meu segundo filho. Quando nasceu meu segundo filho é que começou esse transtorno, começou por ali, porque o guri é bem loiro, branquinho mesmo, e aí ele foi dentro do hospital e disse que o filho não era dele. Aquilo me traumatizou muito, porque ele me disse: Esse filho não é meu, ele é branco, uma coisa assim. Mas ele é alemão para os dois lados, eu alemoa para os dois lados, como que o guri não ia nascer branco? Só porque a guria era mais morena, na verdade ela é loira que nem eu, só que o guri é branquinho, branquinho, até hoje ele é. E esse mais moço também tem o cabelo mais escurinho, não é tão loiro. E dali pra cá começou aquela coisa, e aí a coisa começou a não andar direito mais. Mas foi se levando, foi se levando. Aí depois quando ele se aposentou e começou a ficar em casa direto, aí a gente brigava direto. Acho que enquanto ele trabalhava e a gente se via pouco, a coisa andava, não se tinha tempo pra brigar tanto, né?! Mas quando ele se aposentou as brigas eram direto. Ficamos casados 33 anos” (Atena).

Ainda sobre esse contexto em particular, é digno de nota que a opção pela separação não anulou a importância do marido na unidade doméstica (SARTI, 1989). Hera e Atena, por exemplo, veem o arranjo familiar atual como provisório, pois, ao saírem para dançar, têm como principal objetivo encontrar alguém para dividir as responsabilidades do lar e lhes assumir enquanto mulher.

⁶¹A importância do homem como *provedor da família*, no sentido econômico e moral, também aparece na obra de Duarte (1986), entre outros.

No que se refere, especificamente, à maternidade, se verifica uma lacuna entre a representação e a realidade dessa questão, pois embora a mesma se constitua como um elemento central para dar sentido ao projeto do casamento, bem como para a construção da identidade social das usuárias (SARTI, 1989), nem sempre o que prevalece é uma relação recíproca e amistosa entre pais e filhos. Sarti (1994) ressalta, porém, que, para se entender o lugar das crianças nas famílias de grupos populares, é necessário distinguir entre as famílias que cumpriram as etapas do desenvolvimento sem rupturas (caso de Héstita), e aquelas que se desviaram nesse caminho.

Nos casos de instabilidade familiar, por separação, temos o depoimento da Hera:

“Fiquei casada sete anos, mas depois dos sete anos não deu mais, porque ele era muito mulhereengo – saía para zanzar, ia pra baile, [...] e as crianças às vezes doentes e eu não sabia o que ia fazer [...]. Depois que eu coloquei eles no Instituto⁶², fiquei um pouco mais aliviada, porque ao menos eu sei que lá eles tinham todo o atendimento [...]. Quando o mais velho saiu do Instituto de menores foi outro dilema também [...]. Passei um trabalhão que nem sei! O que mais me acompanhou foi o mais velho, aonde eu ia, ele ia atrás. Eu com um saco nas costas de roupa e ele com ouro saco nas costas de roupa, parecia dois andarilhos pela rua. Quantas vezes nós dormimos na rua eu e ele. Eu passei muito trabalho, mas muito, muito trabalho! Por isso a minha depressão profunda de hoje. Eu e o mais velho dormimos em uma casa com uns trapos, como eu digo, umas cueca velha, umas coisas assim, e a gente se tapava com um casaco, com tudo por cima e aí nos encostávamos um no outro, porque era frio que nem sei... era inverno e a gente se encostava um no outro para se aquecer. E nós ficamos de galho em galho, até é que ele me disse: Eu vou lá falar com o vô. Mas eu disse: Não vai nada, deixa que eu vou [...]. Aí o pai nos cedeu uma casinha para morar. Um drama assim [...]. Nessa época o mais novo

⁶²Com objetivo de oferecer assistência e educação para crianças partir dos sete anos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, bem como aos seus familiares, a Associação Protetora dos Meninos Desvalidos de Pelotas (Instituto de Menores) existe há 86 anos.

ainda estava no Instituto, para tirar ele, depois para entrar de novo não podia [...]. Mas o mais novo entendeu, depois que ele entrou nessa religião que é Evangélica, ele entendeu. Mas o mais velho não entende até hoje [...], não tem jeito de entender, então... eu não posso fazer nada” (Hera).

Especificamente, atinente à decisão de Hera de deixar os seus filhos no Instituto de Menores, explica-se que ela relaciona-se, de certa forma, ao que Fonseca (2006) definiu como a circulação de crianças entre os grupos populares, ou seja, a entrega dos filhos a outros cuidadores. Para a autora, quando esse acordo entre a mãe que gere e a mãe que cuidará é estabelecido, fica subentendido que essa será uma questão temporária, e que mais cedo ou mais tarde a mãe de sangue voltará para buscar a criança, ficando claro para esta que existem duas referências: a mãe que ganhou e a “mãe que criou” (FONSECA, 2006, p. 9). Tal ideia supõe que, “o laço entre um indivíduo e seus parentes consanguíneos não depende de um ato voluntário; ele existe como algo dado, independente das contingências” (FONSECA, 2006, p. 12).

Ao desse modo pensar, a autora enfatiza que são as situações de crise as responsáveis pelas idas e vindas das crianças nos grupos populares. No caso de Hera, as condições adversas, que lhe envolveram em todo o seu entorno social, definiram sua decisão em levar seus filhos para o Instituto de Menores.

Outro exemplo de relação de mãe e filhos fragilizada em função de separação é dado pela usuária Atena:

“Os dois mais moços são mais próximos, porque a minha guria, quando nós nos separamos, ela ficou um bom tempo brigada comigo, ela não se dava comigo. Acho que nós ficamos um ano, mais de um ano assim, ela não falava comigo, ou então brigava o tempo inteiro comigo, coisa assim. Agora, faz um ano eu acho que a gente voltou a se dar, mas ela é assim, de vez em quando ela larga algumas piadas, ontem mesmo ela abriu a porta e me disse assim: Onde é que tu vai mãe? Vou pro baile. E ela foi e disse assim: Nem parece que ontem tu estava morrendo e agora hoje tu vai pro baile; mas se tu morrer, não precisa me avisar, que eu não vou no

enterro. Bem assim ela disse pra mim. E eu disse: Tá, tudo bem, obrigada. E aí ela bateu a porta e saiu. Então ela é assim, é de veneta, uns dias ela tá numa boa, outro dias ela não conversa, ela é bem assim [...]. Ela sempre foi meio assim, só que era mais controlado né?! Mas com a separação ela se achou assim... eu não sei, acho que ela queria que a gente voltasse, e como eu não aceitava voltar, ela se irritou comigo. Mas ela queria que eu o aceitasse de volta e como eu não aceitei, acho que ela resolveu a se irritar comigo. Mas os guris não, os guris são os dois bem legais, bem tranquilos” (Atena).

Ao contrário das demais usuárias, Artemis foi à única que destacou que a relação com seus filhos ficou fragilizada a partir de sua última gravidez. Ela conta que fez de tudo para abortar, mas, como não conseguiu, entrou em depressão e evitou o filho por um bom tempo.

“E aí quando a minha filha fez seis anos eu engravidei do mais moço, que foi o que faleceu, que era da Brigada. Só que eu passei tão mal dessa e da segunda gravidez; eu também passei muito mal porque eu tive hemorragia interna declarada, quase morri também, por isso eu não queria ter mais filhos. E aí eu engravidei do [meu quinto filho], e aí quem não aceitava a gravidez era eu. E eu fiz de tudo, tudo que tu possas imaginar para abortar, tudo. Eu subia nas porta e me atirava de bunda no chão, eu mudava quarto, arrastava guarda-roupa para ver se descia, e eu não aceitava [...]. E daquele dia em diante eu chorava dia e noite, eu pesava, 67,5 Kg e daquele dia em diante eu só chorava e não comia, fazia de tudo para abortar, tomava chá, fazia vapor que me ensinavam, me atirava das portas para o chão, tomei uma injeção grande que tinha que tomar assim de três horas e eu tomei ela toda de uma vez só, bem devagarzinho e nada, nada. E aí ele veio com oito meses de cesárea, porque aí eu queria fazer ligamento. Aí eu fiz a laqueadura e ele veio fora de tempo e eu nunca aceitei ele [...]. Nos quinze dias que eu fiquei no hospital ele não mamava, não chorava nem nada, só dormindo, a minha mãe cuidava ele, a minha irmã cuidava ele. E aí tinha um nenenzinho do lado [...], e ele chorava e a mãe dele que era magra, não tinha leite e era eu que dava maminha para o outro,

mas para o meu eu não queria dar. E depois disso que eu fiquei com essa depressão. E quando ele tinha uns cinco anos mais ou menos eu perdi um sobrinho afogado lá no Cassino, em Rio Grande [...]. E daquele dia me alertou né?! E aí me arrependi e disse que jamais eu ia aceitar se um filho meu morresse. E aí passou aquilo, mas qualquer coisinha que me acontecesse eu tinha depressão né?! E aí perto dele falecer, meu marido tava com problema de coração e fazendo tratamento. E aí meu filho brigava muito comigo, porque ele era muito mais amigo do pai dele. E eu trabalhava e o meu marido me levava de bicicleta porque era o mesmo caminho né?! E o nosso horário de soltar e de pegar era o mesmo. E o meu filho ficava furioso. Ele dizia: Se o meu pai morrer tu que é a culpada, tu que vais matar o meu pai. E eu dizia: [Meu filho], é o teu pai que não me deixa ir sozinha. E ele dizia: Não interessa, deixa ele falando, pega um ônibus e vem te embora. E aí dia 10 de agosto tinha falecido um guri aqui, ele tava bem, não tinha nada, nada, mas aí deu um infarto nele e ele faleceu. E eu disse pra ele: Deixa de ser bobo, os doentinhos estão tudo aí e os bons estão morrendo. E ele disse: Tá, então vai ver que o próximo sou eu, ele falou para mim. E eu disse: Deixa de ser bobo. E ele disse para a minha filha, a mais moça, que sabia que eu não queria ele e tudo, né?! E aí eu pedi perdão para ele, eu disse assim: Ai meu filho, tu perdoa tudo que a mãe fez, mas era porque a mãe não sabia o que tava fazendo, mas a mãe te entende, a mãe te adora. E ele não falou nada, só sorriu. E aí dez dias depois que esse rapaz faleceu ele faleceu também. Ele se acidentou lá no presídio, ele se acidentou, com a própria arma dele, ele se acidentou com a própria arma e faleceu. E depois disso eu peguei aquela depressão, quando eu fui para a RETRATE eu tava com 40 Kg, emagreci um monte. E a minha depressão foi essa, porque eu me sinto culpada porque eu não queria e depois eu perdi logo ele, né?! Mesmo eu sabendo que no fundo eu não tenho culpa, porque eu não tenho o poder de matar ninguém, mas mesmo assim, então eu me sinto culpada. E sem falar que quando eu engravidei dele eu tava com 69,5 Kg, quando eu ganhei ele eu tava com 57 Kg. Eu diminui 12,5 kg [...], e foi da depressão, porque eu passava dia e noite chorando, chorando, chorando.

*Eu me dou super bem com os meus filhos, com os meus netos e tudo [...].
Pra mim são todos meus amigos, mas eu acho assim, que depois que aconteceu*

isso, ficou tudo tão diferente. Não sei se é eu, porque eu sou muito desconfiada, então eu não me sinto bem com ninguém a não ser na minha casa. Vou um pouquinho só na casa deles e volto” (Artemis).

Acerca dessa transcrição, é válido destacar que a culpa sentida por Artemis não está relacionada somente a morte do filho, anos após sua tentativa de aborto, mas também ao que é legal e moralmente imposto pela sociedade e pela igreja. A mulher que comete ou tenta cometer o aborto, é vista como pecadora, egoísta, criminosa, insensível, entre outros atributos negativos. No entanto, o que não é avaliado nessas questões são as circunstâncias sociais e, muito menos, os fatores psicológicos e emocionais envolvidos. “Dentro da visão psicanalítica, por exemplo, existem razões inconscientes que podem levar uma mulher a interromper uma gravidez quer de forma espontânea ou provocada” (COSTA et al; 1995, p. 98). Novamente se falando em relação ao caso de Artemis, não foi evidenciado: que ela passou a correr sérios riscos de morte a partir da sua segunda gestação; e que na quarta gestação o seu marido lhe ignorou durante os nove meses, se mostrando totalmente contrário ao fato de terem mais um filho (ela chegou, inclusive, a cogitar a hipótese de dar a filha para que a sogra criasse). Na quinta gravidez aconteceu o pior. O aborto não foi concluído, mas a culpa por ter tentado matar o filho a persegue; e isso é confirmado quando essa questão não é discutida abertamente com as profissionais ou demais usuárias da RETRATE.

Superado esse ponto, em específico, e pelo que foi até aqui exposto, percebe-se que a “vulnerabilidade da família, quando centrada na figura do pai/provedor, ajuda a explicar a frequência de rupturas conjugais, diante de tantas expectativas frustradas” (PAIVA, 2008, p. 145), mas, de igual forma, ajuda a explicar a relação dessas mulheres com o mercado de trabalho, a qual esteve sempre relacionada à necessidade de subsistência da família. No entanto, o baixo grau de escolaridade, e a sua correlação com o espaço da casa, acabou determinando, na maioria dos casos, um trabalho com baixa remuneração e como extensão das atividades domésticas, como por exemplo: empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais e costureira.

Ademais, parafraseando Duarte (1986), pode-se constatar através das entrevistas que, o espaço público acaba *perturbando* as mulheres e desencadeando crises nervosas, na medida em que “seu corpo de qualidades estruturais se vê ameaçado por uma condição anômala e incompatível: porque pública, porque externa, porque ‘antimoral’” (DUARTE, 1986, p. 181). Ao serem associados à constituição mais sensível e mais nervosa da mulher o desemprego e a conseqüente falta de dinheiro, a manutenção dos vínculos de trabalho e os problemas decorrentes da gravidez, reforçam a ilegitimidade que cerca o trabalho feminino.

“[Enquanto eu estava casada], primeiro eu fazia flores, até duas, três horas da madrugada para vender, fazia arranjo para vender, para a gente ter o que comer no outro dia. E levava meus filhos junto. Mas foi num ponto que eu digo, não, eu não posso ficar assim, digo, vou arrumar umas faxinas para fazer. Aí eu peguei, e disse assim, eu vou colocar os meninos no Instituto de Menores, durante o dia, e vou fazer faxina, depois da faxina, vou chegar de tardezinha e vou buscar eles. E foi isso o que eu fiz. Aí um dia o Padre João, que era de lá, disse assim pra mim: Quem sabe tu deixas os guris toda à semana aqui e trabalhas e depois no final de semana tu vens buscar eles? [...] Eu saí dali em prantos de choro, porque [...] isso de afastar os filhos da gente é ruim... Mas eu digo: [...] tudo bem, e eu fiz. [Depois que os filhos já estavam no Instituto de menores] eu morei em Santa Vitória, porque eu fazia comida para os pião, como eu digo [...], eles plantavam arroz [...]. Eu fui para Santa Vitória nova, tinha trinta e poucos anos. Tinha me separado do meu marido e me convidaram: Não queres ir fazer comida para os pião? E eu digo: Eu quero. Coisa que não me atrapalha é fazer comida, e fui lá para Santa Tereza, na divisa do Brasil com o Uruguai, no Chuí. De lá vim vindo... de granja em granja... e vim vindo, vim vindo, até chegar em Pelotas. Quando cheguei em Pelotas, eu digo, tá, agora eu vou ficar quieta” (Hera).

“Quando eu me casei eu dei uma parada, eu costurava um pouco, mas pouco nessa época, porque nós tínhamos leiteria, uma enorme de uma leiteria e a gente tinha um pomar de pessegueiro muito grande também, e quando chegava na

época de apanhar os pêssegos tinha que colocar uma galera para pegar os pêssegos. Então nessa época de apanhação de pêssego (em dezembro, e também era uma época em que todo mundo já ia numa loja e não tinha dificuldade de comprar roupa, só uma pessoa mais gorda que mandava fazer, mas se não, é mais comprado na loja, então era uma época em que todo mundo queria comprar roupa nova para o Natal, então não se mandava mais nas costureiras, hoje já não se vê mais tanto isso né?!) era uma época em que eu não podia pegar quase costura, então fui deixando meio que de lado [...]. E aí depois de casados nós ainda moramos seis anos lá fora e aí a gente veio pra cá. E aí quando eu vim pra cá eu enfrentei direto a costura. Eu trabalhei muito tempo em casa e fazia facção para fora. Eles traziam cortadinho tudo e eu só fechava e eu trabalhava sob medida em casa. Eu fazia vestido de noiva, bordava e coisa assim [...]. A gente veio pra cá zerado, nós compramos esse terreno aqui e era um chalé, e um chalé que já não era muito bom né?! Aí o que eu tinha que fazer? Trabalhar, trabalhar e trabalhar. Eu cheguei e já segui trabalhando direto, mas meu marido ainda ficou seis meses desempregado, pra depois ele conseguir pegar um emprego. Então era eu né?!” (Atena).

“Eu tava com o meu marido doente e então peguei o serviço [...], só que ela me falou que com os cachorros eu não me preocupasse, que eu cuidasse só da casa e do guri. Só que um cachorro que ela tinha dentro de casa soltava um monte de pelo, aí ela pedia para limpar o pátio. E aí quando não tinha as folhas da parreira que caíam era fácil de limpar, porque tu pegava com a pazinha e juntava as imundices do cachorro, mas quando tinha as folhas de parreira eu tinha que ensacar minhas mãos na sacola, porque tu juntar e as vezes vinha aquele vento para depois levar na lata do lixo voa tudo, então eu virava a lata do lixo e fazia assim, então eu ensacava a minha mão num saco plástico. E ela nunca me assinou a carteira [...], e aí depois ela me dispensou e aí ela me mandou para uma casa que a velha já não tinha nem dedo. E aí eu me apavorei, porque eu cheguei lá e era uma folha de caderno de um lado ao outro cheio de remédios e eu disse não, se eu der um remédio errado para a velha aqui vão dizer que eu matei a velha. Aí eu saí fora. Aí ela me chamou para mim trabalhar lá umas duas vezes por semana mais ou menos,

só que eu ia lá e o que eu fazia em uma semana eu tinha que fazer em um dia. Os gatos faziam coco no tanque e tu sabe né, gato fede. Aí tinha que tá tirando, lavando tanque, tinha as roupas dela que ela não gostava que lavasse na máquina. Um monte de frescuras. Quando ela me mandou embora eu peguei e botei na Justiça. Não por dinheiro, mas sim pela carteira [...]. Porque embora eu trabalhasse duas vezes por semana, eu fazia o serviço de toda semana, então era praticamente... eu trabalhava a semana inteira. Aí eu completei quatro anos na casa dela. E eu tava mal de dinheiro, eu tava precisando por causa do [meu marido], porque senão eu tava correndo até agora. Até porque na primeira audiência eu aceitei e peguei só três mil. E quatrocentos foi para o advogado, e parecia que ele tava mais a favor a ela do que a mim. Ele começou a dizer: Pode ser mais, como pode ser menos e eu precisando, né?! Porque tudo que o [meu marido] fazia faltava o ar e eu digo assim: Deus o livre dar uma coisa e eu não ter dinheiro. E dali eu comecei a depender de um e de outro". (Héstia)

De acordo com os relatos acima, é possível perceber, portanto, o significado do casamento enquanto amparo para essas famílias que se encontram incluídas precariamente e numa condição social desfavorecida, reforçando, desse modo, o código de reciprocidade sempre presente. De acordo com Sarti (1989), a divisão sexual de papéis na família, estabelecida pelo casamento, acaba resultando num meio de vida. “*É o que lhes é dado a viver*” (SARTI, 1989, p. 45) . Portanto, diante das dificuldades materiais, a necessidade de dependência mútua é acentuada e se configura com a divisão de gênero e etária.

Mas a partir dos conteúdos relativos ao processo de socialização dessas usuárias, também é possível observar que o significado de *ser mulher* antes do diagnóstico da depressão “estava impregnado de valores sociais e morais, os quais se dirigem especialmente para a construção dos papéis de mãe, dona de casa, esposa, trabalhadora, responsável pela manutenção familiar” (CLAPIS, 1996, p. 182). Embora a referência básica na construção da identidade da mulher seja, de fato, a família, a qual está subordinada a sua singularidade (SARTI, 1989), a preocupação excessiva com os pais, com os filhos ou com o marido, lhes privou da

oportunidade de *cuidar de si*, visto que o descanso, o lazer e a tranquilidade nunca fizeram parte do seu cotidiano (CLAPIS, 1996).

5.3 O primeiro contato com a rede de saúde mental

Para além das influências recebidas no decorrer do processo de socialização das usuárias, outra perspectiva sobre a questão supracitada é trazida por alguns psiquiatras que enfatizam que a depressão pode ser interpretada como a incapacidade de se encontrar um receptor para o dom. Em termos mais gerais, ao enfatizar a dívida, os psicanalistas, sobretudo de inspiração lacaniana, focam sua atenção na obrigação de retribuir. De modo geral, a doença existe quando aquilo que deveria ser ciclo (do dar, receber e retribuir), acaba se clivando no sujeito em momentos nos quais este somente pensa em dar sem saber receber e retribuir, ou então quando só sabe receber ou apenas só deseja retribuir, etc. Paralelamente, há uma tendência à doença quando um dos pilares da ação tende a se sobressair unilateralmente aos outros, quando tudo, por exemplo, se faz por interesse ou por dever, ou então, ao contrário, por mero ludismo e espontaneidade (CAILLÉ, 2002).

Ademais, conforme enfatiza Duarte (1986), em oposição ao homem (que tem sua capacidade moral associada, principalmente, ao desempenho de seu trabalho pela força e pela capacidade mental), a mulher (que tem sua capacidade moral associada essencialmente à fidelidade conjugal, à responsabilidade pelo desenvolvimento moral dos filhos e pela reprodução) apresenta por si só uma qualidade mais nervosa, o que acaba por desencadear a depressão. Mais nervosa, nesse sentido, porque possui uma sensibilidade que se coloca antes da força, embora implique a ideia de uma resistência (que corresponde, de certa forma, a uma *força* na sensibilidade ou a uma *força moral*). Mais nervosa, ainda, por ser exatamente mais moral, mais próxima e responsável pela reprodução moral da casa.

Considerando as colocações acima, pode-se afirmar que a depressão foi vivenciada historicamente por essas mulheres. O passado caracterizado como sofrido, doloroso e traumático, foi, então, trazido à cena através do relato de

momentos marcantes (nos quais preponderou a quebra de reciprocidade entre familiares) que foram se acumulando e que, segundo as próprias usuárias, desencadearam o sofrimento mental. Os próprios estudos epidemiológicos demonstram uma associação entre acontecimentos vitais negativos, como, por exemplo: separação conjugal, morte de um ente querido, perda de emprego, rejeição dos filhos, entre outros ocorridos no decorrer da vida das pessoas com a depressão. Esses acontecimentos acabam, muitas vezes, estabelecendo mudanças no padrão de vida dos sujeitos acometidos pela doença, afetando diretamente o seu bem estar (VIEIRA, 2005, p. 80). Portanto, no caso das usuárias entrevistadas, o impacto da quebra de reciprocidade e dos seus efeitos perturbadores, bem como o primeiro contato com os serviços de saúde mental, são trazidos à cena a partir da ênfase dada ao diagnóstico recebido pelo médico.

“Eu morava junto com a secretária da Saúde Mental [...]. Foi justamente nessa época, que eu estava assim, eu estava... zanzando da minha cabeça... E a minha amiga disse assim pra mim: Vamos lá no CAPS? E eu: Ué, fazer o que lá? Ela disse: Vamos lá falar com as gurias; mas ela não me disse para que era. Aí me pediram a identidade e depois disseram: Sobe lá em cima para as gurias falarem contigo. E começaram a fazer umas perguntas [...]. Depois ela foi junto comigo e o médico disse: Tu sabes o que tu tens? E eu digo: Não. Tens depressão profunda, tu tens vontade de te matar na frente dos carros, não é? E eu digo: É. Me dava aquela coisa e eu não via nem sinaleira, não via nada. Acho que foi em 2000 que eu comecei a frequentar o CAPS; foi no Fragata; depois que saí do bairro Fragata, tive que ir pra Sanga Funda, aí eu comecei a frequentar o CAPS Centro, e assim mesmo eu ia um dia e depois não ia mais, porque eu não queria... É que o que tinha lá não me agradava... tinha umas técnicas meio pesadonas. Mas depois foi, foi, foi, que me disseram que saíram todas as técnicas, agora são outras e aí eu disse: Ah bom! Então já posso ir. Aí me deu uma crise lá dentro da RETRATE e era a [terapeuta ocupacional] que estava lá, e ela pegou me botou no carro dela e fomos direto para o CAPS, e aí eu não saí mais [...]. Por isso eu te digo, eu já passei muito trabalho, muito trabalho mesmo. Às vezes essas gurias dizem coisas, e eu digo: Pô, se elas

soubessem a metade, a quarta parte do que eu passei, elas não diziam isso jamais para mim [referindo-se as técnicas da RETRATE]” (Hera).

“Comecei a frequentar o CAPS em 2003. Primeiro eu estava num postinho e depois eu fui encaminhada para o CAPS. Quem me encaminhou foi minha clínica geral [...]. Quando eu perdi meu pai eu perdi o chão, eu já estava muito esgotada de trabalhar dia e noite, trabalhar dia e noite e quando eu chegava em casa o meu marido já tinha ido de trás pra saber o porque eu ainda não tinha chegado, ou mandava as crianças de trás, aquela coisa toda, então aquilo tudo foi me estressando. Mas quando o meu pai faleceu, eu perdi o chão mesmo, porque o meu pai ficava muito comigo, porque quando a minha mãe faleceu ele abandonou a casa dele e então ele vivia para os filhos, passava um tempo na casa de um, um tempo na casa de outro e ele gostava muito de ficar aqui em casa. Então quando ele vinha para cá eu tinha uma pessoa boa, de confiança e eu botava ela aqui para cuidar dele. E quando ele faleceu eu já estava numa depressão bem grande da malharia, excesso de serviço, muita cobrança, eu já chorava muito, chorava direto na malharia, eu passava chorando, trabalhando, chorando, trabalhando nem sabia que aquilo era uma depressão. Aí quando eu perdi o pai foi terrível, porque eu nunca me afastei, eu me acidentei quando trabalhava na malharia, quebrei o braço, lixei a perna, mas com três dias eu estava trabalhando, eu tava de atestado, mas eu continuava trabalhando. E aí quando eu perdi o pai eu fui trabalhar no oitavo dia, eu fui trabalhar e eu me lembro que eu disse: Eu vou trabalhar, mas faz de conta que nada aconteceu. E chegando lá eu não queria que ninguém me abraçasse que ninguém falasse, mas a minha patroa foi a primeira a me abraçar, chorando comigo também. E aí eu já voltei pra casa, ela me disse, fica mais uns quinze dias em casa e então tu reage coisa assim. Aí eu fiquei mais uns quinze dias, voltei, mas quando eu voltei já não tinha mais aquele pique para trabalhar, e aí em seguida, já começou a me dar aquelas crises de choro e coisa assim, e um dia eu fui parar no postinho com aquela crise e aí a médica já me encaminhou direto” (Atena).

“Aqui no posto que eles me deram um encaminhamento para o Centro de Especialidades. E aí cheguei lá e comecei a me tratar com a psicóloga, aí me tratei um ano mais ou menos, acho que nem chegou um ano e aí mudaram para as crianças. Meu filho faleceu em 2006 e eu fui para RETRATE em 2009. Porque nunca tava bem, nunca tava bem e aí o médico me passou para lá por causa disso. A psicóloga é legal né, pena que eu tive pouco tempo com ela, porque em seguida fechou. E quando eu fui para a RETRATE [...] eu fui para lá assim [...], a gente fica meio isolada, né?! Mas depois não, eu me adaptei bem e agora eu faço de tudo né?! É costura, é pintura, é crochê, é tricô, é bordado, é aqueles trabalhos de preguinho, o tear. A gente lá é uma família né?! Então a gente ta sempre brincando, sempre rindo, sempre fazendo frege, é maravilhoso! A RETRATE é uma família!” (Artemis).

“Eu comecei a procurar [a rede e saúde mental] logo que o meu marido adoeceu, em fevereiro de 2009 [...]. Foi mais por causa da minha psoríase; eu fui na doutora [...] mas eles nunca conseguiram justificar totalmente a causa das psoríases, e aí a minha nora tava em casa e foi junto e aí ela pegou a disse assim: Porque que ela não pode procurar um custo ou um ajuda para ela se é de nervos? [...] Ai me encaminharam para o CAPS Baronesa. Só que eu cheguei no CAPS Baronesa e eles fizeram uma entrevista comigo e a psicóloga perguntou se eu tentei me matar e eu digo: Não, isso aí nunca me passou pela cabeça. A única coisa que me passa pela cabeça é me deitar, dormir e quando eu acordar o meu problema estar resolvido [...]. E o meu filho tava parado, eu parada, a minha nora parada, o meu marido parado [...]. E aí eles pegaram e me mandaram para o ambulatório. Eles disseram: Não, não é que o teu problema não seja grave, mas é que aqui a gente aceita pessoas que já tentaram se matar e tudo, que já tiveram internados em sanatórios. Aí me mandaram lá para o ambulatório e no ambulatório a psicóloga me mandou lá para a RETRATE. Eu consultei com a psicóloga e ela me mandou direto para lá. Eu acho que é uma boa, porque quando a gente ta sem médico, sem uma orientação, a gente não sabe se o remédio ta fazendo efeito ou não ta fazendo efeito. Eu mesmo, as vezes quando tava em casa dormia o dia inteiro. O meu marido me chamava e eu

seguia dormindo. Eu passava muitas vezes a café. Às vezes eu não me levantava, e as vezes que eu não vou pra RETRATE eu me levanto meio-dia” (Héstia).

Nessa dinâmica, em torno do diagnóstico médico e do encaminhamento das usuárias à rede de saúde mental, o valor dos dispositivos de cuidado e atenção (mais precisamente da inter-relação entre os serviços especializados de atenção à saúde mental e de atenção básica em saúde) merece ser enaltecido. Além de ser considerada de suma importância no processo de inclusão social dos usuários, e, conseqüentemente, no alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica (qual seja o resgate da cidadania dos portadores de transtornos mentais), foi a inter-relação em questão que possibilitou que as usuárias tivessem consciência do seu problema e recebessem o encaminhamento para os CAPS do município (ou mesmo diretamente para a RETRATE).

No entanto, se por um lado é impossível ignorar que o preconceito e a discriminação estão totalmente vinculados a tais serviços (visto que as usuárias, ao necessitarem de medicação contínua e controlada, e frequentarem um serviço de saúde mental, passam a ser consideradas inferiores por estarem fora do padrão de normalidade), por outro fica claro com os relatos que os serviços especializados de atenção à saúde mental e de atenção básica em saúde também desempenharam e continuam desempenhando o seu papel de forma eficaz, na medida em que buscam considerar tanto as redes de subjetividades que envolvem as vidas dessas mulheres, como as suas aptidões e projetos de vida. De tal modo, demonstram a clareza de que a depressão não é vivenciada de forma uniforme, visto que essas usuárias têm vidas, projetos e necessidades diferenciadas.

Por fim, embora se deva usar a cautela para aceitar tudo o que foi dito pelas usuárias, como se diz, *ao pé da letra*, “visto que a própria lógica da narrativa é um argumento contra isso” (JAMES, 2004, p. 295), os elementos centrais já permitem destacar que a manifestação da doença influenciou diretamente na construção de suas identidades e nos seus respectivos projetos de vida. Ao receberem o diagnóstico médico acusando depressão, elas deixaram de ser vistas como *normais* (que tudo podem fazer), e passaram a ser vistas como portadoras de transtornos

mentais, ou seja, como *anormais* (que têm limitações para a realização de determinadas atividades, sejam estas físicas ou intelectuais). E é, exatamente neste aspecto, que reside a estigmatização social pela doença.

5.4 A influencia da estigmatização social pela doença na vida das usuárias

Ao definir o estigma não apenas como um atributo pessoal, mas como uma forma de designação social, Goffman (1980) pontua que a manifestação do estigma é extremamente particular e prejudicial aos portadores de transtornos mentais, na medida em que os ditos *normais* acreditam que os seus detentores não são completamente humanos. Com base nisso, eles constroem uma teoria do estigma para explicar a inferioridade dos *anormais* e dar conta do perigo que a mesma representa, ressaltando, algumas vezes, uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizam termos específicos de estigmas como aleijado, retardado, louco, no discurso diário, como fonte de metáfora e representação, de maneira característica e sem pensar no seu significado original.

Quando o preconceito e a discriminação se sobressaem socialmente, os próprios estigmatizados tendem a apresentar as mesmas crenças sobre a sua identidade que aquelas apresentadas pelos ditos *normais*; ou seja, por serem rotulados e discriminados, eles internamente se sentem marcados e envergonhados por estes estereótipos, podendo, inclusive, imaginarem-se com não detentores dos mesmos ou encobrendo-os.

Héstia pode ser citada como exemplo neste caso, pois, após ser discriminada por sua ex-patroa e pelo próprio irmão por causa da psoríase, passou a não se aceitar, sentindo-se envergonha na presença de estranhos. Assim, para evitar comentários maldosos acerca das feridas que se formam na sua pele, ela 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, que 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] 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).

Outro exemplo se encontra nas respostas das usuárias sobre a existência do preconceito e da discriminação, especificamente, para com o portador de transtorno mental. Ficou evidente nas narrativas que a mítica de que o *lugar de louco é no sanatório*, ou, na melhor das hipóteses, nos CAPS, era o que mais as incomodava. Tal crença talvez estivesse dentro delas antes mesmo de se tornarem portadoras de transtorno mental, mas acabou sendo reafirmada constantemente pela família e pela sociedade considerada *normal*.

Elas enfatizam, no entanto, que desistiram de explicar que esse pensamento estigmatizante não condiz com a realidade e, por isso, mesmo se sentindo incomodadas (pois querendo ou não, a visão do outro tem grande relevância na constituição da identidade dos sujeitos), procuram ignorar comentários vindos de quem não conhece a rotina e a importância do serviço.

“Já me senti discriminada por causa da minha depressão até na minha própria família. Eles dizem 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” (Atena).

“Logo que eu fui para a RETRATE a minha família dizia: Ai, tu vais ficar mais louca do que tu já ta. Se tu ta 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. Claro, eles estão vendo que eu melhorei da depressão, eu até gosto de estar sempre sozinha, mas eu melhorei [...]. A RETRATE acaba com o preconceito totalmente [...]” (Artemis)

“Eles queriam que eu saísse de lá da RETRATE, porque eles achavam que a RETRATE 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, porque eu limpava a casa dos outros e limpava a minha, então eu fiquei com aquele trauma, ainda não passou aquilo porque se tornou uma rotina. 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” (Héstia).

Relativamente a essa questão, Hall (2001) defende que a identidade se constitui por intermédio da diferença, tendo ela o poder de excluir. Nesse sentido, a insistência do grupo familiar para que as usuárias abdicuem do trabalho desenvolvido nas oficinas, justifica tanto a quebra de reciprocidade num momento de crise, como o pensamento estigmatizante de que o portador de transtorno mental é incapaz de saber o que é melhor para si. Por estarem cheios de ideias pré-concebidas, os mesmos acreditam que essas mulheres não têm a consciência de que ao permanecerem nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, serão ainda mais excluídas da categoria de normalidade⁶³, passando a fazer parte apenas da categoria dos *anormais*. Na verdade, eles também não entendem o porquê delas se sentirem tão bem no meio de pessoas desconhecidas (e, o pior de tudo, consideradas loucas, perigosas e incapazes), e tão desconfortáveis no meio deles (sejam filhos ou marido), seus verdadeiros familiares.

Porém, nesse processo, fica evidente também que, apesar da tristeza sentida em decorrência do preconceito emanado pela sociedade e pela própria família (bem como a preocupação em manterem a regularidade dos medicamentos,

⁶³Pois além de já serem diagnosticadas como depressivas, deixarão de conviver em tempo integral com a família para conviver com *loucos*.

os quais servem muitas vezes para inibir os sentimentos e controlar o sono)⁶⁴, a identificação com o grupo e com o trabalho que passa a ser desenvolvido nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE 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, parceria e afeto. Ao verem seu trabalho reconhecido e suas limitações respeitadas, essas mulheres têm sua identidade positivada e seu destino social novamente alterado.

5.5 Relações estabelecidas com o grupo nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE

A avaliação realizada pelas usuárias observadas, acerca das relações estabelecidas nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, direciona-se ao que é percebido como essencial para a aproximação e a identificação com o grupo, ou seja, o que constitui a troca primeira, que é a relação de amizade e de confiança (CAILLÉ, 2002). Assim, para além do trabalho desenvolvido nas oficinas, essas mulheres enfatizam a importância que os valores éticos e afetivos existentes entre o grupo adquirem em suas vidas. Os mesmos, por serem considerados demasiadamente sólidos, permitem a elas tanto um processo de autoafirmação, de construção de redes sociais e de ressignificação identitária, como a certeza de que estão convivendo com uma segunda *família*.

“A RETRATE para mim é muito legal, porque como eu me adapto a qualquer pessoa, não tenho dificuldade de... 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 Héstia, 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

⁶⁴São os casos: da Fluoxetina para a depressão; do Diasepan para dormir; e do Omeprazol para o estômago.

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. Hoje em dia eu vejo o meu filho mais novo ao 12h, ou nem vejo, porque às vezes ele sai às 11h, então nós nos desencontramos e só nos vimos de noite e o outro eu vejo de manhã, meio dia e de noite. Então a maior parte do dia eu passo com as gurias, né?! Mais do que eu converso é com elas, então é como se fosse uma família para mim” (Atena).

“A RETRATE é uma família! Mas é assim, se eu to bem, eu vou para a RETRATE 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, ta sempre brincando e tudo. Tem a assistente social, que as vezes me vê meio ruim, quer falar comigo, mas eu não gosto de falar da minha vida assim [...]. Eu falo muito assim, é com a Héstia, com a Atena quando eu to ruim. Mas se eu to ruim mesmo eu prefiro ficar em casa, porque se uma pessoa me disser uma coisinha e eu não gosto eu retruco, então eu posso ofender a pessoa. Então quando eu to ruim mesmo, eu não gosto de ir, eu prefiro ficar em casa. Aí eu fico no meu quarto, fechadinha toda, a janela fechadinha, fico deitada e tem a televisão, então as vezes eu olho, as vezes não, quando eu não to bem é assim. Então eu não gosto de ir para não ofender, porque se me disserem alguma coisa que eu não goste, eu retruco. Às vezes a pessoa até pode não dizer por maldade, mas eu já não to boa [...]. Mas eu me dou bem com as técnicas, com a assistente social, com a auxiliar de enfermagem, eu me dou bem com as gurias tudo, para mim são tudo maravilhosas! Eu adoro as gurias, hoje mesmo tava só eu e eu senti uma falta delas. E eu digo: Será que a Héstia não vai vir de tarde? [...]” (Artemis).

“Eu me dou muito bem com elas, para mim elas são minhas irmãs. Adoro elas. Inclusive a Artemis andou falando que ia fazer uma besteira e eu disse para ela: Tu abre o teu olho, tu ta na igreja e tu sabe bem. Porque tu ta na igreja e tu sabe bem o que acontece. Uma pessoa que não ta na igreja e faz uma besteira não sabe para onde vai, mas tu sabe para onde vai a tua alma. E eu sempre procuro dar uns conselhos para elas quando elas precisam. A mesma coisa é comigo, sempre que

eu preciso elas me ajudam também [...]. E depois se eu to na RETRATE pelo menos eu to com gente, mas se eu não to na RETRATE é como tu viu agora, meu marido ta lá nos fundos mexendo na horta, minha nora ta lá nos fundos na casa dela, e eu to aqui, sozinha. E ao menos lá na RETRATE (às vezes as pessoas não estão muito de conversa, eu to meio quieta, todo mundo fala) a gente sabe que ta ali com um monte de gente, que de vez em quando da umas risadas [...]. Lá tu não fala totalmente dos teus problemas, fala quando quer. Mas ao mesmo tempo que tu ta trabalhando, tu ta rindo, uma larga uma piada aqui, outra já larga outra piada. Tanto é que agora quem agita é a baixinha” (Héstia).

Outra questão que merece ser ressaltada é a fala da técnica responsável pelas oficinas de costura, confecção de sacolas de papel, crochê, tricô e tear. A técnica em questão está sempre enfatizando que as usuárias que participam destas oficinas são as suas pupilas, pois ela sabe que pode contar com elas para qualquer coisa, eis que são elas que carregam a RETRATE *nas costas*. Tal fala gera nas usuárias uma *marca positiva*, que, segundo Goffman (1989), se contrapõem a *marca negativa* do estigma social da doença. Para Nascimento (2009):

Essas marcas do social, tanto positivas, como negativas, serão incorporadas pelas pessoas estigmatizadas. Quando forem negativas, provocarão no sujeito uma sensação de incapacidade, de incompletude, fazendo que o sujeito desanime e não tente lutar para a superação do estigma, incorporando por completo essa marca de descrédito. Por outro lado, quando as marcas positivas são estimuladas nos contatos face-a-face, podem provocar na vida do indivíduo estigmatizado, o desejo de mudanças e superação das dificuldades.

Ainda acerca dessa questão, segundo Hall (2001) e Bernardes e Guareschi (2002), a identidade deve ser concebida como movimento, como transformação, e não como mera descrição. Percebe-se, portanto, que, a construção e a ressignificação das identidades dessas mulheres se dá na ordem do coletivo, pois, na medida em que as mesmas vão se identificando: com o trabalho desenvolvido no interior das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE; com a posição que passam a ocupar dentro e fora desse espaço; e, com as demais usuárias e

profissionais atuantes; elas acabam sendo interpeladas, tornando-se parte daquilo que falam, e parte daquilo que é falado. De acordo com esta perspectiva, tais transformações no modo de se reconhecerem enquanto portadoras de transtornos mentais não diz respeito somente a elas (como indivíduos isolados), mas ao grupo como um todo, bem como a família e a toda rede de saúde mental.

Atinente à identidade de família assumida pelo grupo, defende-se que esta se estabelece por intermédio do vínculo criado através das relações de reciprocidade. É o vínculo, portanto, que permite que a relação entre as profissionais e as usuárias se estabeleça de forma única, ou seja, é ele que torna essas pessoas dependentes umas das outras (sobretudo no que tange ao trabalho produzido e desenvolvido nas oficinas), assim como é ele que origina cadeias de fidelidade e confiança entre elas (as quais são indissociáveis desse processo). Nesse sentido, “é em busca da identidade que as pessoas se relacionam. [E,] para que haja o vínculo, é preciso uma relação de troca simbólica que permita a troca-para-o-vínculo” (FLACH, SUSIN, 2006, p. 190).

Mas, sendo “a identidade plenamente unificada, completa, segura e coerente, uma fantasia” (HALL, 2000, p. 13), defende-se também que a existência de relações assimétricas representa um dos contrapontos a essa essencialização da identidade do grupo enquanto família. Destarte, se em um primeiro momento a assimetria na relação desestabiliza o grupo e produz “um sentimento de gratidão, de obrigação e de certa dependência” (KIRSCH; SABOURIN, 2007, p. 112) das usuárias para com as profissionais responsáveis pelo serviço, com o passar do tempo ela também produz um laço social mútuo forte, na medida em que a confiança é gerada, e que tanto as profissionais, como as próprias usuárias, acabam abrindo “caminhos para outras categorias de relações e de estruturas” (KIRSCH; SABOURIN, 2007, p. 113).

Ademais, conforme elucida Guareschi (2004), ao trazer à cena o debate sobre o Comunitarismo Solidário⁶⁵, não é necessário que haja homogeneidade nas

⁶⁵Apesar de Guareschi (2004) e de Caillé (2002) serem oriundos de áreas disciplinares diferentes (o primeiro da psicologia social e o segundo da sociologia e da antropologia) e trazerem conceitos distintos, como é o caso do *comunitarismo solidário* (GUARESCHI, 2004) e o *paradigma da dádiva* (MAUS, 2001; CAILLÉ, 2002; GODBOUT, 1999), ambos versam sobre alternativas solidárias de

relações sociais, mas sim um espaço no qual o consenso seja alcançado através da argumentação, da ação comunicativa. Um espaço no qual os sujeitos apresentem ideias divergentes, mas também estejam abertos para escutar o outro e mudar a forma de pensamento se necessário for, e esse é denominado por ele como comunidade.

O referido autor define comunidade através da menção a comportamentos pautados na participação, cooperação e colaboração; porém, esses não deixam de conter em si o contraditório, como tudo que se refere ao humano. A comunidade, portanto, se constitui por um grupo de pessoas que possuem valores e objetivos comuns e que buscam o consenso. No entanto, também há espaço para discussão, para questionamento, para a diversidade e para a mudança (VERONESE, CARVALHO, 2006; GUARESCHI, 2004). Essa forma de pensamento é confirmada através da fala das usuárias:

“Minha relação com as técnicas é uma maravilha, não tenho nada para falar. Eu sei de gente que já teve problema com a [Técnica ‘Y’], mas eu me dou super bem com a [Técnica ‘Y’], não só com a [Técnica ‘Y’], mas com a [Técnica ‘X’], com a [assistente social], com todas é a mesma coisa. E a [Técnica ‘Y’] ta sempre dizendo bobagem, brincando junto, coisas assim e eu nunca tive nenhum problema, nem eu com ela, nem ela comigo. Tem gente que diz: Ah! Porque ela falou grosso comigo, foi grosseira comigo, mas eu nunca tive esse problema. Eu não sei se é uma coisa minha, eu já estou acostumada a trabalhar no meio do público que eu não tenho problema. Para mim a RETRATE é uma maravilha. Claro que a gente meio se choca com as mudanças, na primeira hora aconteceu aquela mudança, uma vai para essa oficina, a outra pra aquela, e a outra para aquela, e meio que nos separou, então a gente ficou meio chocada. Bah! Vão nos separar e agora a gente não vai mais poder ficar todo o dia junto, aquela coisa assim né?! Mas eu acho que tinha que acontecer isso que tá acontecendo, eu acho que tem que haver uma mudança porque estava muito desorganizado. Então onde não tem uma organização, cada uma chegava a

hora que queria, saía à hora que queria, e isso aí não tava dando, tinha que colocar uma ordem na casa como se diz. Eu acho que é por aí” (Atena).

“A gente já teve problemas, que elas fecharam, botaram cadeado na geladeira e aquele negócio, a gente ficou meio ruim, não se sentiu bem, nem eu nem as gurias né?! Mas depois passou, voltou tudo como era antes. A gente é tratada da mesma forma. Então não tem aquela coisa. Hoje mesmo a gente tava lá e a [assistente social] mandou nós tomar guaraná que tinha sobrado da festa, tá a mesma coisa, é chimarrão que a gente toma. Tá bem legal, já teve ruim, mas agora tá bem legal. De tarde também tinha sobrado bolo e ela queria que a gente trouxesse, e gente não quis trazer [...], mas amanhã a gente come mais de novo [...]” (Artemis).

É perceptível, portanto, que, nesse processo de inclusão social de portadores de transtornos mentais, é imprescindível o comprometimento de todos com o trabalho desenvolvido e, sobretudo, com a manutenção de vínculos ético-sociais, produzidos estes por meio de valores de reciprocidade, cooperação e solidariedade. Desse modo, se a quebra de reciprocidade entre o grupo familiar foi uma das principais responsáveis pela depressão vivenciada por elas, se faz necessário um cuidado maior (principalmente por parte das profissionais responsáveis) para que a mesma não se efetive no convívio no grupo de trabalho. Para tanto, é indispensável a consciência de que “os seres humanos, para sua plena realização, necessitam viver essa dimensão afetiva” (GUARESCHI, 2004, p. 56), sendo aceitos, respeitados e amados apesar do estigma e da condição econômico-social apresentada. Ademais, conforme enfatizam Flach e Susin (2006), o mais importante em dar um presente e/ou proferir uma palavra de conforto e carinho é o vínculo que se cria entre o grupo a partir dessa ação.

Defende-se, por fim, que, sem embargo dos problemas apresentados, essa rede de relações interpessoais – baseada no auxílio mútuo e unida pelo paradigma do dom (dar, receber e retribuir) –, tem cumprido seu papel com êxito, sendo capaz

de gerar respostas alternativas às necessidades dos portadores de transtornos mentais, dentre elas a de ser reconhecido e respeitado apesar de sua diferença.

Conclusão

O campo do conhecimento convencionalmente denominado de *saúde mental* passou por profundas transformações ao longo da sua história ocidental. Os portadores de transtornos mentais foram historicamente excluídos da sociedade. Considerados loucos, anormais, eles foram trancafiados em instituições asilares, tendo seu destino social significativamente alterado, na medida em que eram submetidos a tratamentos medicamentosos e morais repressivos e violentos (sem falar na indeterminação do tempo de duração do tratamento). Somente após décadas de luta do Movimento Antimanicomial em prol da garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais e da desinstitucionalização, que transformações significativas no âmbito social e comunitário ocorreram: dispositivos de cuidado e atenção, baseados no cuidado em liberdade, foram implantados; os governos federal, estadual, distrital e municipal passaram a apoiar tais iniciativas; e políticas sociais públicas foram aprovadas. Infelizmente, contudo, se antes esses sujeitos eram excluídos da sociedade, hoje passaram a ser estigmatizados por ela.

Para modificar a visão preconceituosa para com os portadores de transtornos mentais, o trabalho passou a ser concebido como o principal meio para a inclusão social e para a promoção do retorno à *normalidade*. Desenvolvidas a partir da articulação entre a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego, as cooperativas sociais e as oficinas de geração de trabalho e renda apresentaram-se, então, como alternativas à ordem social existente, na medida em que se

contrapunham às dinâmicas de exclusão, proporcionando aos portadores de transtornos mentais a inclusão social pelo trabalho. Além disso, ao apontarem para o resgate do amor, da harmonia e da solidariedade entre os sujeitos, reforçaram a constatação de Mauss (1974) acerca de que, na vida social e nas relações que se estabelecem, há um constante dar, receber e retribuir que sela alianças e instaura o vínculo social.

Destarte, conquanto o Brasil tenha dado passos importantes para a consolidação desse projeto, com a adoção desses novos instrumentos, é de conhecimento do senso comum que a inclusão do portador de transtornos mentais no mercado de trabalho ainda se apresenta como um desafio de ordem macroestrutural para o Movimento da Reforma. De acordo com os dados observados em campo, a razão de ser de tal situação é a frágil sustentação institucional e financeira das cooperativas sociais e das oficinas de geração de trabalho e renda, a qual continua contribuindo para a precária inclusão dos sujeitos considerados excluídos.

A prova de tal afirmação está no fato de que, ao fundamentarem-se no trabalho coletivo e solidário, as oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE se mantêm e se reconhecem em si mesmas através da tríplice obrigação existente nas relações estabelecidas entre profissionais e usuárias, bem como no investimento livre em parcerias com as quais instituem redes de obrigações. Logo, o interesse e o investimento individual isolado (ou mesmo a obrigação municipal de custear o serviço) são vistos apenas como consequências do trabalho apresentado no decorrer das oficinas, e, de igual forma, como consequência da importância que os atores políticos dão ao campo da saúde mental.

Defende-se, por conseguinte, que são essas relações – caracterizadas ao longo do texto como reciprocidade, dar, receber e retribuir, dom ou dádiva –, que propiciam não só a geração de trabalho e renda, mas a consolidação de laços de amizade, solidariedade, cooperação e confiança, bem como a troca de saberes e experiências entre profissionais e usuárias (relações essas que igualmente promovem o desenvolvimento do serviço e o seu reconhecimento pela sociedade pelotense). Ademais, essas mesmas relações, além de proporcionarem aos usuários

ressignificação identitária (a qual se constitui na medida em os usuários assumem a identidade de trabalhadores e tornam-se diretamente responsáveis pelo desenvolvimento das oficinas que participam), também auxiliam na minimização do estigma (o qual vai se estabelecer como consequência desse processo, pois no momento em que a sociedade passa a conhecer e elogiar o trabalho desempenhado pelos usuários, deixa de lado a visão da anormalidade e auxilia no aumento da auto-estima dos mesmos).

Uma importante questão que não pode ser esquecida nesse contexto é a de que a produção de resultados materiais (parcerias instituídas, produção nas oficinas, dinheiro arrecadado nas feiras, materiais comprados, etc) e simbólicos (valores éticos e laços sociais) só ocorre no momento em que os sujeitos envolvidos se comprometem com o trabalho desenvolvido e com a manutenção dos vínculos. Na medida em que há a quebra de reciprocidade (ou ainda o predomínio da reciprocidade assimétrica), as relações como um todo são afetadas, podendo, inclusive, acarretarem o término do vínculo, ou mesmo a desestabilização do serviço.

Atinente a esse contexto em particular, a propósito, faz-se necessário elucidar quais foram as forças impulsionadoras e quais foram as forças restritivas para a preponderância da reciprocidade nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE.

Primeiramente, como forças impulsionadoras da reciprocidade, destacam-se: o cuidado com o outro que se encontra fragilizado emocionalmente; o respeito com a história, com o trabalho e com as limitações do outro; o reconhecimento mútuo; o comprometimento com o desenvolvimento do serviço e com a troca que se estabelece entre o grupo; e a geração de valores éticos de responsabilidade e de justiça entre profissionais e usuárias. Exemplos de tais forças impulsionadoras da reciprocidade, por sua vez, são encontrados no momento em que se faz menção aos discursos e as práticas presentes no cotidiano das oficinas. No tocante ao processo de ensino-aprendizagem, exemplificativamente, pode-se afirmar que é o vínculo gerado entre as profissionais atuantes e as usuárias o principal responsável pela afirmação de um endividamento mútuo, pela criação de uma aliança e de um

pacto de confiança com o outro. Argumenta-se, nesse sentido, que a aprendizagem das atividades propostas não pode acontecer somente pela transmissão do conhecimento, ou pelo dar simplesmente, mas, sobretudo, pela troca de saberes, experiências e afetos entre o grupo. Outro exemplo elucidativo é o cuidado e a amizade estabelecidos entre profissionais e usuárias fora das oficinas da RETRATE. Particularmente em relação às usuárias: elas se telefonam; se visitam; saem para passear; fazem compras juntas; quando uma se apresenta triste e deprimida, a outra logo procura saber o que aconteceu para tentar ajudar. Assim, a consciência de que se está lidando com vidas (e que essas são representadas por sujeitos que, para além da doença, têm sentimentos e pensamentos próprios) deve preponderar nesse programa de inclusão social pelo trabalho, até mesmo porque, é através dele que as usuárias se assumem enquanto portadoras de transtornos mentais e se constituem enquanto tal. Além do mais, é através dele que as mesmas têm a possibilidade de positivar sua identidade, ao se verem como trabalhadoras.

Já, como forças restritivas, mencionam-se: a prevalência das relações de poder e de hierarquia; os esforços concentrados apenas em questões materiais e nos aspectos instrumentais; a sujeição e a obediência das usuárias diante das decisões tomadas pelas profissionais atuantes; e a falta de apoio e incentivo dos órgãos públicos. Exemplos relacionados às forças restritivas da reciprocidade, assim como os relativos às forças impulsionadoras, também são encontrados no capítulo quatro. Dessas, ressalta-se o momento em que as profissionais atuantes na RETRATE colocaram um enorme cadeado na geladeira para impedir que as usuárias tivessem acesso aos alimentos que se encontravam dentro da mesma. Nesse momento de prevalência da hierarquia e da assimetria nas relações, as usuárias, satisfeitas ou não, tiveram apenas que acatar o que havia sido decidido. Outro caso verificado foi a contradição existente na fala dessas profissionais. Embora estas discursivamente enfatizassem a importância da participação e do comprometimento de todos os usuários no decorrer das feiras, acabavam reclamando quando aqueles que, por apresentarem problemas mais evidentes, permaneciam sentados, com os braços cruzados e sem atender a ninguém. Além disso, elas alegam que muitos só se faziam presentes porque nas feiras recebiam

cinco presenças, o que influenciava diretamente no valor embolsado no momento da divisão do dinheiro. Destarte, a prevalência de relações assimétricas e mercantis acaba relegando a um segundo plano as trocas de valores éticos e efetivos, e, devido a isso, os usuários deixam de se sentir corresponsáveis pelo desenvolvimento das oficinas, o que acarreta prejuízos para o serviço como um todo.

Ao dar-se voz a parcela das mulheres usuárias das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, percebeu-se que o processo saúde/doença esteve historicamente imbricado nos contextos sociais e culturais que permearam as suas vidas. Pertencentes a famílias de grupos populares, e associadas diretamente ao mundo da casa, desde crianças aprenderam a atribuir o respectivo valor às obrigações morais e as relações de reciprocidade entre as pessoas do mesmo sangue e/ou pertencentes à mesma unidade doméstica. Pararam de estudar cedo, casaram-se cedo, e, para auxiliar na subsistência da família, se submeteram a trabalhos precários que só contribuíram para a posterior depressão sofrida. Após o diagnóstico da doença, passaram a ser estigmatizadas pela sociedade e, em alguns casos, pela própria família, que não aceitava ou ainda não aceita o tratamento que elas recebem nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE, por acharem que este é um lugar para loucos. Foi somente a partir da inserção no serviço que elas se sentiram capazes de retornar ao trabalho, bem como de produzir e manter novos laços sociais.

Ainda em relação a esse mote, evidencia-se que essas usuárias vêm no grupo uma oportunidade de conviver com pessoas que compartilham dos mesmos problemas e doenças e lhes aceitam como tal. Ademais, ao serem reconhecidas pelo trabalho desenvolvido nas oficinas, essas mesmas mulheres ressignificam sua identidade, elevando assim sua auto-estima, e minimizando 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 deixou de cumprir suas obrigações morais para com elas (quebrando a reciprocidade necessária entre pessoas do mesmo sangue), o grupo: lhes acolheu (vendo a sua doença com

normalidade); lhes capacitou para a execução de novas atividades; e lhes destacou qualidades que elas mesmas desconheciam.

Uma família que trabalha, é esta, portanto, a expressão que define as relações estabelecidas no serviço e que evidencia a preponderância das relações de reciprocidade entre o grupo analisado. Família, como citado acima, porque elas se reconhecem como irmãs, mas, igualmente, porque os vínculos éticos e afetivos são a essência desse grupo e precisam ser constantemente renovados para o bem de todos e do serviço. E essa renovação, ao seu turno, tem como intermediador o trabalho e o processo de ensino-aprendizagem desenvolvido cotidianamente nas oficinas, entre as profissionais e as usuárias.

Enfim, não se pretende com a temática aqui discutida contribuir apenas para uma discussão acadêmica (a qual destaca a importância das relações de reciprocidade), uma vez que o acolhimento dado à pesquisadora pelas profissionais e pelas usuárias nas oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE (no decorrer de um ano) também merece uma retribuição, e esta, por sua vez, não pode se traduzir apenas em palavras de agradecimento, mas, sobretudo, em práticas. A consciência de que, apesar dos progressos apresentados, os portadores de transtornos mentais continuam sendo estigmatizados por uma sociedade que se considera *normal* (mas que é capaz de cometer as maiores injustiças e anormalidades), fundamenta o desejo de contribuir, pelo menos minimamente, para a transformação desta realidade. Portanto, a interferência direta (ou mesmo indireta) nesse contexto, e a criação de contra-saberes, devem ser dispositivos usados para a efetividade desta retribuição, bem como para a manutenção do vínculo criado.

Referências

ALVEZ, P. C.; RABELO, M. C., SOUZA, I. M.. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set, 1995.

ANSELMO, E. **Depressão É coisa séria**. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/psicologiaauto-ajuda-artigos/depressao-e-coisa-seria-805609.html>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S.. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23 (1): 207-215, jan, 2007.

BASTOS, F.; GIGANTE, M.; VÖLZ, P. M.. Economia solidária e saúde mental: as práticas da INTECOOP Pelotas junto às Oficinas de Geração de Trabalho e Renda. In: **ENCONTRO DE PESQUISADORES LATINO-AMERICANOS DE COOPERATIVISMO**, 5. São Paulo: Ribeirão Preto, 2008.

BARRETO, S. M. G. **O processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas em um CAPS**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F.. Identidade e diferença: constituição de trabalhadores na saúde mental. **Athenea Digital**, n. 2, p. 1-17(otoño 2002)

BOSI, E.. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim. Excluir não. **Caderno Informativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IILcnsn.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas. **Saúde mental e Economia Solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde /DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro de 2007.

CAILLÉ, A.. **Antropologia do dom**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

_____. Nem holismo, nem individualismo metodológicos. Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. **Rev. brasileira de Ciências Sociais**, v. 13, n. 38, São Paulo, out. 1998.

CASTEL, R. Da indigência, à exclusão, à desfiliação. In: **Saúde e loucura**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E. W.; WANDERLEY, M. B.. Desigualdade e a questão social. In: CASTEL, R.. **As armadilhas da exclusão**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2004.

CAVADA, E. R.. **Cara ou Coroa: Saúde ou Doença** – poder e enfermidades psíquicas no trabalho bancário na cidade de Pelotas (RS). 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas.

CLAPIS, J. M.. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama – uma perspectiva de gênero**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COSTA, G. C.; HARDY, E.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.. A Decisão de Abortar: Processo e Sentimentos Envolvidos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, jan/mar, 1995.

DA MATTA, R.. **A Família como Valor**: Considerações Não-Familiares sobre a Família à Brasileira. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1987.

DELGADO, P. G.. Conferência de Abertura: Economia Solidária e Saúde Mental. In: **Saúde Mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

DUARTE, L. F. D.. **Da Vida Nervosa**: Nas Classes Trabalhadoras Urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/CNPq, 1986.

FARIA, M. B.. Pensando as Oficinas. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, outubro de 1995.

FERNANDES, P. T.. Percepção de Estigma na Epilepsia. **J Epilepsy Clin Neurophysiol**, v. 12, n.4, 2006.

FERREIRA, A. B. H.. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

FIGUEIREDO JUNIOR, M. M.. Quando se vai um que estava sob nosso cuidado. **Espaço aberto**. 2001. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/23.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

FONSECA, C.. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2.ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

_____. Da Circulação de Crianças à Adoção Internacional: questões de pertencimento e posse. **Cadernos PAGU**, v. 26, janeiro-junho de 2006.

_____. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. **Caderno de Direito Previdenciário** Porto Alegre, 2007.

_____. Uma genealogia do gênero. **Revista ANTHROPOLÓGICAS**, 1(2):5-22, 1997 .

FLACH, J. L.; SUSIN, L. C.. O paradigma do dom. **Revista Trimestral**, v. 36, n. 151, mar. 2006.

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 28 dez. 2011.

GODBOUT, J. T.. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro, FGV, 1999.

GOFFMAN, E.. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Zahar. Rio de Janeiro, 1980.

_____. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985.

GUARESCHI, P. **Psicologia Social Crítica - Como prática de libertação**. EDIPUCRS: Porto Alegre, 2004.

GUERRA, A. M. C.. **Oficinas em saúde mental**: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

HALL, S.. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução: Tomás Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. 6. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HALL, S.. Quem precisa de identidade? In: SILVA, T. T. **Identidade e diferença**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

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, São Paulo: UNICAMP, 2004.

JOAS, H.. **Interacionismo simbólico**. Teoria Social Hoje. op. cit., 1999; p. 127-174.

JORGE, M. R.; FRANCA, J. M. F.. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

KIRSCH, R.. **Incubação de empreendimento da economia solidária e as implicações das relações de reciprocidade**. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília.

LAPPANN-BOTI, N. C.. **Oficinas em Saúde Mental: história e função**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LEÃO, A.. **As Práticas de Inclusão Social: o desafio para os serviços de saúde mental**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

LEAL, G. F.. A noção de exclusão social em debate: aplicabilidade e implicações para a intervenção prática. **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, Caxambú, 2004.

LUSSI, I. A. O.. **Trabalho, Reabilitação psicossocial e rede social**: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA; M. A. O.; PEREIRA JUNIOR; A.. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, mai./jun. 2006.

MAGALHÃES, R. C. P.; CARDOSO, A. P. L. B.. **A pessoa com deficiência e a crise das identidades na contemporaneidade**. Cadernos de Pesquisa, v. 40, n. 139, p. 45-61, jan./abr. 2010.

MAIA, R. C. M.; FERNANDES, A. B.. O Movimento Antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 48, fev. 2002.

MARTINS, J. S.. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

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.

MAUSS, M.. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. v.2. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

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.

MENDES, S. M. O.. **Saúde Mental e Trabalho**: transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

NASCIMENTO, E. P.. Hipóteses Sobre a Nova Exclusão Social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. **Cad. CRH**, Salvador, n. 21, p. 29-47, jul./dez.1994.

_____. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYN, M. (org.) **No meio da rua. Nômades, Excluídos e Viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

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, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

PAIVA, S. P.. Famílias e vulnerabilidades: retratos e representações sociais. Juiz de Fora: **Libertas**, v. 8, n. 2, jul./dez. 2008.

PAIS, J. M.. **Vida cotidiana**: enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.

PEREIRA, F. M.. **Acessos, reciprocidades e inclusões**: Estudo sobre as relações entre redes de assistência e famílias de grupos populares em Pelotas/ RS. 2008. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

PORTELLI, A. A Filosofia e os fatos: Narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. Rio de Janeiro: **Tempo**, v. 1, nº 2, 1996.

QUADROS, L. C. M.; BARBIERI, M. C. O.; LAROQUE, M. F.; SILVA, N. E. A.; NOGUEIRA, V. O.; LIMA, Z. G.; COIMBRA, V. C. C.. CAPS Castelo em pauta: Palco ou Platéia? Um protagonismo em questão. In: COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. (Org.). **Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária PREC – UFPEL, 2010.

RORIZ, T. M. S.. **Epilepsia, estigma e inclusão social/escolar**: reflexões a partir de estudos de casos. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SABOURIN, E.. Teoria da Reciprocidade e sócio-antropologia do desenvolvimento. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 13, n. 27, p. 24-51, maio/ago. 2011.

_____. **Educação, dádiva e reciprocidade**: reflexões preliminares. Disponível em: <http://www.jornaldomauss.org/jornal/extra/2008_01_16_10_32_28_reciprocidade_e_ducao_sabourin.pdf>. Acesso em: **31 jan. 2012**.

SARTI, C. A.. Reciprocidade e hierarquia: relações de gênero na periferia de São Paulo. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 70, ago. 1989.

_____. A família como ordem moral. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 91, nov. 1994.

SHIMODA, O.. **Análise transacional** – parte 1. 2011. Disponível em: <<http://www.stum.com.br/conteudo/conteudo.asp?id=3829>>. Acesso em: 05 jan. de 2012.

SILVA, V.. **As escritoras de grafite de Porto Alegre**: um estudo de caso sobre as possibilidades de formação de identidade através dessa arte. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas.

_____. **Análise transacional** – parte 2. 2011. Disponível em: <<http://www.stum.com.br/conteudo/conteudo.asp?id=3892>>. Acesso em: 05 jan. de 2012.

SINGER, P.. **Introdução à Economia Solidária**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002

_____. Saúde Mental e Economia Solidária. In: **Saúde Mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____; SOUZA, A. R. (orgs). **A Economia Solidária no Brasil** – a autogestão como resposta ao desemprego. Contexto: São Paulo, 2000.

STECANELA, S.. **O cotidiano como fonte de pesquisa nas Ciências Sociais**. *Conjectura*, v. 14, n. 1, jan./ maio 2009.

TENÓRIO, F.. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência e Saúde**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TÍLIO, R.. **“A querela dos direitos”**: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, v. 17, n. 37, p. 195-206, 2007.

VERONESE, M. V.; CARVALHO, M. L.. A emergência de cosmovisões relacionais. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 6, n. 2, jul.-dez. de 2006.

VIEIRA, C. A.. **Depressão**: experiência de pessoas que a vivenciam na Pós-Modernidade. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

VOLZ, P. M.. **As práticas de economia solidária que são propostas pelas INTECOOP Pelotas**. 2007. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Instituto de Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas.

WANDERLEY, M. B.. **Refletindo sobre a noção de exclusão**. 2003. Disponível em: http://www.movimientos.org/show_text.php3?key=1696. Acesso em 24 fev. 2011.

WILLRICH, J. Q.; KANTORSKI, L. P.. **CAPS CASTELO – Um Pouco da História da Loucura em Pelotas**. PREC-UFPEl: Pelotas, 2008.

WILLRICH, J. Q.; KANTORSKI, L. P.; KANTORSKI, L. P.; CANTARELLI, K. J.; FRANZMANN, U. T.. O CAPS Castelo no processo de estruturação da reforma psiquiátrica em Pelotas (1987-2002). **HERE – Revista Eletrônica**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 77-94, jan./jul. 2011.

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
INSTITUTO DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

PESQUISA: O caso das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE

RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Pâmela Moraes Volz (Mestranda em Ciências Sociais – UFPel / Bolsista CAPES)

PROFESSOR ORIENTADOR: William Héctor Gomez Soto (Profº. Dr. do Instituto de Sociologia e Política – UFPel)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo por objetivo a realização da Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais/UFPel, você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa cujo propósito é o de investigar a importância e o papel das relações de reciprocidade frente à estigmatização pela doença.

O consentimento para a realização da entrevista é voluntário, não havendo qualquer prejuízo no atendimento recebido na RETRATE em caso de não desejo de participação na pesquisa.

A coleta de informações será realizada a partir de observações etnográficas (realizadas no decorrer das oficinas) e também em entrevistas individuais (que serão gravadas e posteriormente transcritas). O informante responde livremente às perguntas colocadas pelo entrevistador, podendo deixar de responder algumas ou mesmo, interrompendo a participação da pesquisa a qualquer momento.

As informações obtidas serão utilizadas sem a identificação dos(as) informantes, permanecendo em sigilo a identidade de seus participantes.

Os resultados serão usados e divulgados para fins de trabalhos acadêmicos e os arquivos serão doados à universidade.

Após os esclarecimentos prestados acima, eu

_____, aceito participar voluntariamente da
pesquisa: “O caso das oficinas de geração de trabalho e renda da RETRATE”.

Pelotas, _____, de _____, de _____.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do pesquisador

Anexo B – Carta de cessão

CARTA DE CESSÃO

Pelotas, _____, de _____, de _____.

Eu, _____,
declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita e autorizada para o uso na pesquisa “o caso das Oficinas de Geração de Trabalho e Renda da RETRATE”, vinculada à Universidade Federal de Pelotas, no Curso de Mestrado em Ciências Sociais, cuja responsabilidade cabe à mestranda Pâmela Moraes Völz, a ser usada com as limitações relacionadas abaixo.

Limites:

1) De partes:

- Nome da colaboradora, assim como de pessoas que se solicitar;
- Especificações a respeito de seu local de trabalho e moradia.

(outras informações que não se tornarão públicas, conforme o desejo da entrevistada)

Assinatura: _____

Anexo C – Roteiro de Entrevista

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- a) Nome:
- b) Idade:
- c) Escolaridade:
- d) Profissão:
- e) Escolaridade do pai e da mãe:
- f) Profissão do pai e da mãe:
- g) Número de irmãos:
- h) Religião:
- i) Renda:
- j) Local de moradia:
- l) Com quem mora:
- m) Estado civil:
- n) Número de filhos:
- o) Escolaridade dos filhos:
- p) Profissão dos filhos:

II - HISTÓRIA FAMILIAR

= Gostaria que você falasse um pouco sobre a sua infância e adolescência:

- a) Como era a sua relação com os seus pais? E com seus irmãos?
- b) Onde você morou durante a sua infância e adolescência? Conte como foi essa(s) experiência(s)?
- c) Relate alguns momentos marcantes desse período (brincadeiras, amigos, namorados, festas).

= Agora, gostaria que você falasse sobre a sua relação com seu marido e filhos:

- d) Quando, como e onde você conheceu o seu marido? Em que momento veio os filhos? Fale um pouco sobre como se deu a constituição da sua atual família.
- e) Atualmente, como se estabelece a sua relação com o seu marido e com seus filhos? Quais deles você considera mais próximos no seu dia a dia? Por quê?

III - TRABALHO E ESTUDO

= Gostaria que você falasse sobre a sua relação com o mercado de trabalho:

- a) Você já trabalhou alguma vez em sua vida? Se não trabalhou, me explique por quê?
- b) Fale um pouco sobre a sua última experiência de trabalho. Qual era a sua ocupação? Quanto tempo ficou nesse emprego? Qual era a sua relação com o seu patrão e com os seus colegas de trabalho?
- c) Qual a importância que esse trabalho tinha para você?
- d) (Se tem baixa escolaridade) Explique o porquê de abandonar a escola tão cedo. Isso lhe trouxe algum arrependimento ou frustração?

IV - USOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

= Gostaria que você falasse um pouco sobre a sua relação com a rede de serviços vinculados a saúde mental:

- a) Quando você começou a frequentar esses serviços?
- b) Poderia falar um pouco sobre o que levou você a buscar esses serviços? Conte como foi essa aproximação.
- c) Qual é a importância dessa rede vinculada à saúde mental para você?
- d) Atualmente, você enfrenta algum problema para conseguir remédios ou atendimento? Fale um pouco sobre eles.

V - OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA DA RETRATE

- a) Desde quando você participa da RETRATE?
- b) E com que frequência você participa desse grupo? De que oficinas você participa?
- c) Atualmente, além da RETRATE, você participa de outros grupos vinculados a rede de serviços de saúde mental? Quais?
- d) Fale um pouco sobre a relação que se estabelece entre você e os outros usuários da RETRATE (suas amigas ou inimigas).
- e) Fale um pouco sobre a relação que se estabelece entre você e a(s) coordenadora(s) das oficinas que você participa. Gostaria que alguma coisa fosse modificada nessa relação? Se sim, o quê?
- f) Você se identifica com esse grupo e com esse trabalho? Fale um pouco sobre a importância do grupo para você.
- g) Você acha que depois que passou a frequentar a RETRATE a sua relação com as outras pessoas (comunidade em geral) se modificou? Fale um pouco sobre a sua relação com as pessoas que não conhecem a sua doença e, portanto, não fazem parte do seu cotidiano.
- h) Você se sente discriminado por causa da sua doença? Fale um pouco sobre esse fato.
- i) Você julga a RETRATE importante nesse processo que busca acabar com o preconceito e a discriminação com o portador de transtorno mental?

