

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

JULIANA MARTINS WATANABE

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TRABALHO: EXPERIÊNCIAS DE
USUÁRIOS/AS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**UBERLÂNDIA
2023**

JULIANA MARTINS WATANABE

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TRABALHO: EXPERIÊNCIAS DE
USUÁRIOS(AS) DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Instituto de Geografia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Rosimár Alves Querino

UBERLÂNDIA

2023

JULIANA MARTINS WATANABE

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TRABALHO: EXPERIÊNCIAS DE
USUÁRIOS (AS) DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Instituto de Geografia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Uberlândia, _____ de _____ de 2024.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rosimár Alves Querino (Orientadora)

PPGAT – UFU

Profa. Dra. Maristela Pereira

Instituto de Psicologia – UFU/PPGAT

Profa. Dra. Érika Renata Trevisan

Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

W324 Watanabe, Juliana Martins, 1974-
2024 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TRABALHO [recurso
eletrônico] : EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS/AS DE SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL / Juliana Martins Watanabe. - 2024.

Orientadora: Rosimár Alves Querino.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.96>

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica. I. Querino, Rosimár Alves, 1974-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.
III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	09/01/2024	Hora de início:	10h:00	Hora de encerramento:	12h:00
Matrícula do Discente:	12112GST015				
Nome do Discente:	Juliana Martins Watanabe				
Título do Trabalho:	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TRABALHO: EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS/AS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Rosimar Alves Querino, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e orientadora da candidata; Maristela de Souza Pereira, do Instituto de Psicologia (IPUTFU); Érika Renata Trevisan do Instituto de Ciências da Saúde, da (UFTM).

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dra. Rosimar Alves Querino apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Rosimár Alves Querino, Usuário Externo**, em 18/01/2024, às 16:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maristela de Souza Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 23/01/2024, às 13:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erika Renata Trevisan, Usuário Externo**, em 29/01/2024, às 14:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5114355** e o código CRC **25BC5738**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela vida, saúde, proteção no caminhar de todo dia.

Agradeço aos meus pais, Adimar e Rosa, por me incentivarem ao conhecimento e aos estudos, sempre me ensinando sobre dedicação, esforço e disciplina.

À minha irmã Tatiana, de quem sempre fui admiradora por sua criatividade, garra e superação.

Agradeço ao meu sogro Takero pelo carinho e afeto incondicionais. À minha sogra Kazuko por compreender a desgastante jornada do trabalho feminino, que nunca acaba!

Aos meus pais e sogros por entenderem meu sumiço nos finais de semana, enquanto precisavam de companhia e uma conversa fiada para passar o tempo.

Ao Guilherme, meu “primeiro filho do coração”, por me presentear com tanto afeto e alegria ao longo dessa vida.

Agradeço ao Ichitaro pelas palavras de incentivo e entusiasmo. Ao meu filho Ives por me atender nas demandas tecnológicas e inovar meus conhecimentos, com sua objetividade, praticidade e segurança, mas não sem encanto. Você me ensina muito nessa vida!

À Seina, minha filha nascida na mesma data que eu, brava e questionadora. Obrigada pelas vezes que assumiu tarefas domésticas, dizendo que estas são de todos e todas... Pelas vezes que defendeu meu espaço, dizendo ‘a mamãe tá estudando, a mamãe precisa estudar’. Agora mesmo você arrastou o Ives para fazer a janta, enquanto eu escrevia este texto. A todos pela compreensão de meu cansaço e recolhimento ao estudo.

Ao apoio da BFF (Best Friend Forever) Priscila Brenda e pela amizade que se fortaleceu num momento de caos, no qual tive medo de deixar de ser eu mesma.

À Roberta Melazzo por nunca desistir de nossa amizade.

À Profa. Dra. Rosimár Alves Querino, nascida no mesmo dia, mês e ano que eu, ariana desassossegada, divertida, leve, mas não menos brava e fora da curva. Obrigada por me proporcionar esse encontro, que um dia será presencial lá no “Berabão”! Você me disse na nossa primeira conversa que a vida não para pra gente fazer mestrado, eu só não contava conhecer a UTI neste momento.

Seguimos... 'trocando o pneu com o carro andando', pois afinal de contas, foguete não dá ré e nem os ventos do norte movem moinhos, minha filha!

Às colegas de trabalho pelo incentivo e apoio incondicional. Em especial à Lígia, que plantou em mim a possibilidade do mestrado. À Elaine, companheira de vida, que sempre me acolheu e me encorajou a ir 'sempre adiante, avante e enfrente'! À Aline por sempre me acalantar. À Flávia, pelo amparo nos momentos de maior cansaço e por sua disposição em ajudar nos assuntos tecnológicos.

Aos queridos e queridas conviventes por toparem participar do meu trabalho. Pela caminhada de muitos anos juntos, em momentos de alegrias, tristezas, conquistas e perdas, mas sempre lembrando de Ivan Lins:

Desesperar jamais.

Aprendemos muito nesses anos

Afinal de contas não tem cabimento

Entregar o jogo no primeiro tempo.

RESUMO

As conquistas da Reforma Psiquiátrica, a incorporação do conceito de deficiência psicossocial pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (PcD) e a Lei de Cotas para PcD podem ser reconhecidas como avanços rumo à inclusão da pessoa com transtorno mental grave no trabalho. O presente estudo objetivou compreender as possíveis relações entre a inserção em atividades laborativas e o processo de reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais graves atendidas em serviços comunitários de saúde mental. Os objetivos específicos consistiram em: a) descrever o perfil sócio demográfico dos (as) participantes; b) identificar elementos facilitadores e dificultadores na trajetória laboral e c) criar espaço para troca de experiências entre os usuários (as) de serviços de saúde mental acerca do trabalho. O estudo descritivo foi desenvolvido com abordagem qualitativa e emprego de entrevistas. Participaram dez pessoas atendidas em serviço comunitário de saúde mental de um município do interior de Minas Gerais. A análise de conteúdo temática guiou o tratamento de dados e resultou em quatro categorias: Repercussões do diagnóstico em saúde mental; Histórico laboral; Trabalho Atual e Significados do Trabalho. As repercussões do diagnóstico em saúde mental são evidenciadas em aspectos das relações sociais, escolarização e trabalho, apontando necessidade de maior consistência em ações intersetoriais para uma inserção social mais efetiva. Em Histórico Laboral são abordadas características da trajetória dos (as) participantes, como trabalho precoce e vínculos empregatícios. Todos (as) participantes experimentaram situações variadas de trabalho, com maior permanência e sobrecarga através do trabalho formal, e, maior flexibilidade da carga horária e menor sobrecarga no mercado informal. No Trabalho Atual, identificam-se diferentes condições de ocupação, entre emprego com vínculos do tipo formal, informal e desemprego. Dentre as barreiras para o acesso e a permanência no trabalho estão a carga horária, a sobrecarga física/mental e os estigmas expressos nas relações interpessoais. O apoio social entre pares e gestores foi descrito como elemento facilitador. Os Significados do Trabalho contemplam considerações dos (as) participantes acerca dos impactos da presença ou ausência de atividade laborativa em suas vidas. O trabalho é apontado como fator de promoção de saúde, além de representar autonomia, afirmação de identidade, empoderamento feminino, ampliação da participação social, aprimoramento dos processos subjetivos. A remuneração teve menor destaque em relação à autorrealização e satisfação pessoal. O estudo acena para a importância de que os serviços comunitários de saúde mental fomentem o envolvimento e fortalecimento dos (as) usuários (as), famílias e comunidade com vistas a uma vida mais criativa e autônoma por meio do trabalho.

Descritores: Reforma Psiquiátrica; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Trabalho; Reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

The achievements of the Psychiatric Reform, the incorporation of the concept of psychosocial disability by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (PwD) and the Quota Law for PwD can be recognized as advances towards the inclusion of people with severe mental disorders at work. The aim of this study was to understand the possible relationships between employment and the psychosocial rehabilitation process of people with severe mental disorders treated in community mental health services. The specific objectives consisted of: a) describing the socio-demographic profile of the participants; b) identifying facilitating and hindering elements in the work trajectory and c) creating a space for mental health service users to exchange experiences about work. The descriptive study was developed with a qualitative approach and the use of interviews. Ten people attending a community mental health service in a city in the interior of Minas Gerais participated. Thematic content analysis guided data processing and resulted in four categories: Repercussions of the diagnosis on mental health; Work history; Current Work and Meanings of Work. The repercussions of the diagnosis on mental health are evident in aspects of social relationships, schooling and work, pointing to the need for greater consistency in intersectoral actions for more effective social insertion. In Labor History, characteristics of the participants' trajectory are addressed, such as early work and employment relationships. All participants experienced varied work situations, with greater permanence and overload through formal work, and greater flexibility in working hours and less overload in the informal market. In Current Work, different employment conditions are identified, between formal employment, informal employment and unemployment. Among the barriers to accessing and remaining at work are working hours, physical/mental overload and stigmas expressed in interpersonal relationships. Social support between peers and managers was described as a facilitating element. The Meanings of Work include participants' considerations about the impacts of the presence or absence of work activity in their lives. Work is seen as a health promotion factor, in addition to representing autonomy, affirmation of identity, female empowerment, expansion of social participation, improvement of subjective processes. Remuneration had less emphasis in relation to self-realization and personal satisfaction. The study highlights the importance of community mental health services encouraging the involvement and strengthening of users, families and the community with a view to a more creative and autonomous life through work.

Keywords: Psychiatric Reform; Community Mental Health Services; Work; Psychosocial rehabilitation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CADÚnico	Cadastro Único
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDPD	Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CECO	Centro de Convivência
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COVID	Coronavirus Disease
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EES	Empreendimentos de Economia Solidária
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
PcD	Pessoa com Deficiência
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PPGAT	Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Caracterização dos (as) participantes segundo sexo, idade, autodeclaração étnica, acesso a benefícios sócio assistenciais, ocupação atual e renda familiar	25
Quadro 2 Caracterização dos(as) participantes do estudo segundo diagnóstico em saúde mental, ano de diagnóstico, internações psiquiátricas, serviços de saúde utilizados e acesso aos medicamentos no sistema de saúde	31
Quadro 3 Histórico laboral dos (as) participantes do estudo	40

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
LISTA DE QUADROS	8
1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Trabalho e Reabilitação Psicossocial	10
1.2. Trabalho apoiado/assistido, Deficiência Psicossocial e Lei de Cotas	15
2 PERCURSO METODOLÓGICO	20
2.1 Tipo de estudo	20
2.2 Cenário de estudo	21
2.3 Participantes	21
2.4 Construção dos dados.....	22
2.5 Análise dos dados	23
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
3.1 Caracterização dos (as) trabalhadores (as) participantes.....	31
3.2 Condições de saúde e acesso ao SUS.....	34
3.3. Repercussões do diagnóstico em saúde mental	25
3.4 Histórico Laboral.....	30
3.5. Significados do Trabalho	50
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
APÊNDICE 2 ROTEIRO PARA ENTREVISTA	66

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, consolidada pela Lei nº 10.216, norteia a Política Nacional de Saúde Mental, afirmando os direitos das pessoas com transtornos mentais graves e a implantação de um novo modelo de atenção psicossocial baseado na substituição progressiva dos manicômios por formas de cuidado em liberdade (Brasil, 2001). A valorização dos vínculos e dos recursos existentes no território marcam este paradigma, articulados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reconhecida através da Portaria 3.088 (Brasil, 2011; Siqueira *et al.*, 2019).

Yasui (2010) compreende a RP em quatro dimensões: epistemológica, através da ruptura com saberes/práticas dominantes e discriminatórios e (re)construção de conceitos e fazeres; tecnoassistencial, na inauguração de novas instituições/formas de cuidado; político-jurídica, no respaldo legal de direitos para a ressignificação e desinstitucionalização da loucura; e, sociocultural, através da consolidação de manifestações artístico-culturais e visibilidade, capazes de modificar os significados da loucura pela sociedade, na construção dos processos de empoderamento e protagonismo das pessoas com transtornos mentais graves.

A presente pesquisa aborda uma dimensão central da reabilitação psicossocial: o trabalho. A abordagem realizada está sustentada nas produções acadêmicas sobre trabalho e reabilitação psicossocial, na trajetória e estruturação da política de saúde mental, conforme exposto a seguir.

1.1 Trabalho e Reabilitação Psicossocial

Historicamente, quando a uma pessoa é atribuído um diagnóstico psiquiátrico, o que se anuncia junto e automaticamente é a negatividade ou nulidade de seu poder de crítica e de validação de acordos, sejam estes formais ou informais, pessoais ou coletivos. O conceito de reabilitação psicossocial pode ser definido enquanto processo de restituição do poder contratual destes indivíduos, ao demarcarem seu novo lugar na sociedade, pois, a despeito do fechamento do manicômio, a pessoa com transtorno mental grave ainda carrega consigo a marca do desvalor (Kinoshita, 2016).

O trabalho no campo da saúde mental foi abordado sob diferentes perspectivas, ora pela ótica da regulação moral, contraposição à ociosidade, castigo, ora pela manutenção da ordem ou abono aos cofres públicos, sendo mais tarde consolidado enquanto direito e componente central na retomada da autonomia e cidadania (Luiz;

Leal; Galletti; 2018). Para Silva e Ferigato (2017), o trabalho na perspectiva da inserção social perpassa pelas dimensões do direito, desejo e necessidade.

Martini *et al.* (2019) descrevem a importância do trabalho para pessoas com esquizofrenia, ressaltando o valor da identidade, do empoderamento, da organização da rotina e do tempo em atividades positivas, na renovação da esperança e ampliação da capacidade para uma autogestão da doença e de seus sintomas negativos.

A inserção social pelo trabalho será analisada a partir das oficinas de geração de renda, trabalho assistido ou apoiado e pelas iniciativas individuais. As oficinas de geração de renda nasceram do compromisso e necessidade de construção de espaços concretos de trabalho às pessoas acompanhadas pelos serviços comunitários de saúde. Comungam dos princípios da Reforma Psiquiátrica e Economia Solidária, caracterizando-se pela horizontalidade das relações, valorização da autonomia e protagonismo dos (as) participantes, autogestão dos processos de trabalho e inserção social da população excluída do mercado capitalista (Silva *et al.*, 2022).

Entre os anos de 2004 e 2005 foi criado o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, numa parceria entre o Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde (Brasil, 2005). Esta iniciativa reuniu princípios fundamentais da Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária, a partir das diretrizes de acesso ao trabalho e renda enquanto direito da pessoa com transtorno mental grave. Por meio deste incentivo foram regulamentadas iniciativas de apoio à inserção social de usuários (as) com transtorno mental grave e em uso abusivo de álcool e outras drogas por todo o país (Brasil, 2005; Vechi; Chiroso; Prado, 2017; Brasil; Oliveira; Lacchini, 2021).

O “Relatório do Ministério da Saúde Gestão 2003 – 2006: Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudanças no modelo de atenção” (Brasil, 2007), aponta a necessidade de se ampliar as ações para diferentes setores, pois muitas iniciativas de reabilitação psicossocial permanecem vinculadas aos serviços de saúde sem articulação com as áreas de habitação, emprego e renda.

O Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental propõe a regulamentação, implantação e consolidação de iniciativas de geração de renda, preferencialmente, em espaços desvinculados dos CAPS, sendo prioridade destes últimos o acolhimento e a atenção à crise (Brasil, 2005; Brasil, 2010; Costa; Justo, 2020). O funcionamento de iniciativas de geração de renda junto aos serviços de

saúde pode restringir a circulação do(a) usuário(a), sendo desejável a abertura destes serviços à população geral, visando uma configuração maior de trabalho do que tratamento (Vechi; Chirosi; Prado, 2017; Martins *et al.*, 2018).

Vanzela e Pegoraro (2018) reconhecem como desafio dos serviços comunitários de saúde a sedimentação do cuidado a partir de articulação comunitária mais ampla no atendimento dos CAPS, que ora promovem autonomia, ora tutelam seus usuários (as). O espaço destinado ao funcionamento das oficinas de geração de renda seria mais um lugar de circulação pelos usuários (as), não se restringindo aos serviços de saúde, visando de tal forma a minimização do estigma e segregação (Moraes; Castro-Silva, 2016).

As oficinas de geração de renda enfrentam significativas dificuldades em sua sustentação, seja por falta de um marco legal que lhes garanta apoio e financiamento adequado ou pela exigência de exacerbada burocracia ao registro formal. As saídas encontradas são a realização de parcerias com outras instituições ou a permanência na informalidade (Mazaro; Matsukura; Lussi, 2020).

A participação nas atividades oportuniza a ampliação do repertório de vida, aprendizagem de novas habilidades, aprimoramento de funções cognitivas, revelação de talentos e incremento da renda a partir da concepção, produção, comercialização, negociação, gestão individual e coletiva de recursos materiais e financeiros. O trabalho se desdobra na ampliação das relações intersubjetivas, produzindo efeitos concretos e positivos na vida dos(as) trabalhadores (as)/usuários (as) de saúde mental, como sociabilidade, estabilidade afetiva, desenvolvimento de autonomia, satisfação, superação, construção/troca de afetos e transformação social à medida que rompem para com os paradigmas de improdutividade e menos valia (Siqueira *et al.*, 2019).

O ambiente acolhedor das oficinas de geração de renda colabora na motivação, na alimentação de desejos/ projetos, na vontade de aprender e na melhora da socialização dentro e fora do serviço. Neste sentido, pesquisa desenvolvida por Moraes e Castro-Silva (2016) indicou que os sentidos apontados por usuários (as)/trabalhadores (as) de uma cooperativa de reciclagem eram mais positivos do que as experiências vividas por eles/elas no mercado formal, onde sofreram intensamente pelo preconceito de sua condição. As autoras defendem a necessidade de saída da lógica da recolocação ao mercado de trabalho para a promoção de saúde no processo de reinserção social destas pessoas.

A situação de não trabalho pode contribuir para a cristalização da doença, com a persistência desta como único atributo de identidade, limitando seus processos de subjetivação e indicadores de saúde como renda, autoestima, autonomia e satisfação pessoal (Ribeiro, 2009; Vechi; Chirosi; Prado, 2017).

Do ponto de vista individual, o trabalho tem valor terapêutico quando produz sentido e valor para a vida dos indivíduos, gerando prazer e ampliando afetos através das relações sociais. O trabalho está relacionado à ocupação, podendo ou não ser remunerado, associando-se ao bem-estar por uma produção (concreta ou subjetiva) à medida que reduz a ociosidade, oportuniza autorrealização e autoconhecimento, na vivência de bons encontros advindos do ambiente das oficinas de trabalho (Siqueira *et al.*, 2019; Brasil; Oliveira; Lacchini, 2021).

Do ponto de vista coletivo, o trabalho ganha dimensões relacionadas à conquista de direitos, acesso à cidadania e minimização dos prejuízos causados pela institucionalização da loucura (Gomes, 2017). A troca de valores e mercadorias com o meio social favorece o exercício da autonomia e independência e, por assim dizer, da autoestima e empoderamento (Martini *et al.*, 2019). No entanto, os (as) trabalhadores (as)/usuários (as) de saúde mental não administravam a renda obtida a partir de seu trabalho na cooperativa de reciclagem, ficando isto a cargo das famílias. Tal observação aponta a necessidade de mais espaços de discussão entre reabilitação psicossocial, família e loucura (Moraes; Castro-Silva, 2016).

O retorno financeiro não parece ser o elemento mais importante dentre as experiências de trabalho vivenciadas pelas pessoas com sofrimento psíquico, pois, receber apoio, acolhimento e ser integrado a um grupo nutre positivamente a autoestima, a autoconfiança, o afeto e os bons encontros produtores de saúde (Moraes; Castro-Silva, 2016; Vechi; Chirosi; Prado, 2017; Barros *et al.*, 2018; Martini *et al.*, 2019).

Brasil; Oliveira e Lacchini (2021) discorrem sobre a experiência da Geração POA, serviço substitutivo financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à RAPS do município de Porto Alegre - RS. O projeto se divide em duas frentes de atuação consistindo nas oficinas de geração de renda (artesanato, livretos de poesia, desenhos e fotos) e no “Grupo de Trabalho Apoiado” com encaminhamento/acompanhamento ao mercado formal através da Lei de Cotas para PcDs e pelo Programa Jovem Aprendiz (Brasil, 2000). Os autores ressaltam o valor do trabalho a partir das experiências relatadas enquanto ferramentas na (re) inserção

social dos (as) usuários (as) da RAPS.

Mazaro; Matsukura e Lussi (2020) encontraram semelhanças entre as iniciativas da saúde mental e demais empreendimentos solidários no que se relaciona à organização, atividade econômica desenvolvida, comercialização, conquistas e desafios. A atividade econômica predominante diz respeito ao artesanato e produtos alimentícios, a maioria dos empreendimentos se utiliza de feiras livres e entrega direta, embora o Plano Nacional de Economia Solidária proponha a estruturação de espaços fixos e permanentes para produção e comercialização dos produtos.

Quanto às conquistas alcançadas, a mais citada se refere à efetivação de laços sócio afetivos, indicando que este item pode ser um indicador de sustentabilidade dos empreendimentos, em detrimento à dificuldade para remuneração dos(as) sócios(as). A rede social dos(as) participantes é ampliada, mostrando que o grau de importância deste fator pode ser maior que a geração de renda (Mazaro; Matsukura; Lussi, 2020).

Em relação ao estudo realizado na cooperativa de reciclagem, apesar das relações não serem competitivas, as decisões tomadas em assembleias são mínimas, os(as) participantes demonstram não se sentirem tão responsáveis por aquele empreendimento, reportando-se com frequência a um(a) encarregado(a) (Moraes; Castro-Silva, 2016). Torna-se necessário maior número de estudos sobre os processos de autogestão e sustentabilidade dos EES, assim como desenvolvimento de novas estratégias e políticas públicas que fortaleçam a inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental (Mazaro; Matsukura; Lussi, 2020).

1.2 Trabalho apoiado/assistido, Deficiência Psicossocial e Lei de Cotas

O termo deficiência psicossocial refere-se ao reconhecimento do transtorno mental grave enquanto deficiência pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD, 2006; Sassaki, 2010). Representa um dos marcos históricos na luta pelos direitos destas pessoas, assinalando não somente as limitações funcionais, mas também as barreiras ambientais e atitudinais (Costa, 2011). Reinheimer e Silva (2019) chamam a atenção para o fato de que até então estes indivíduos eram totalmente excluídos de oportunidades de trabalho com vínculo formal, sendo as vagas da Lei de Cotas, mais destinadas às pessoas com outras deficiências ou, em reduzidos casos, àquelas que tivessem o transtorno mental como comorbidade.

A inserção da pessoa com transtorno mental grave ou deficiência psicossocial ao mercado de trabalho torna-se limitada devido a diversos fatores como: condição social, psíquica e orgânica, data de início/ natureza dos sintomas e consequências na escolarização/profissionalização, efeitos colaterais das medicações, pressões internas e do ambiente, características individuais, tipo de suporte familiar e comunitário e natureza do trabalho a ser executado (Ribeiro, 2009).

A ideia de inviabilidade no trabalho devido ao diagnóstico psiquiátrico e uso de medicamentos controlados ainda é predominante, nutrindo crenças negativas e o estigma quanto à capacidade produtiva destas pessoas (Ribeiro, 2009). A realização de pesquisas sobre a produção de sentidos pelas pessoas com transtornos mentais graves é de grande relevância, devido à intensa atribuição do estigma de incapacidade e dependência, o que limita sobremaneira seus processos de individuação, subjetividade e autonomia (Antunes; Oliveira, 2019).

O emprego apoiado é defendido enquanto estratégia de acesso e permanência das pessoas com deficiência no mercado formal. Pesquisadores(as) ponderam sobre a indicação a qualquer cargo, sendo preciso avaliar o tipo de transtorno mental grave e as características do cargo a ser ocupado, sendo recomendada a possibilidade de cumprimento de carga horária reduzida em seis horas diárias, pela experiência de que muitos(as) trabalhadores(as) não tolerem uma jornada de oito horas, embora se tenha em mente que a redução possa comprometer questões de produtividade na empresa e prejudicar contratações futuras, sendo possível negociar medidas para minimizar esses impactos (Reinheimer; Silva, 2019).

A empresa deve oferecer condições e recursos favoráveis a um ambiente acolhedor e respeitoso, considerando as limitações do(a) trabalhador(a) de modo a minimizar dificuldades, tensões, afastamentos e desligamentos, que podem potencializar sintomas e quadros depressivos (Reinheimer; Silva, 2019).

Ainda que a Lei de Cotas se constitua em ação afirmativa do Estado no acesso ao trabalho enquanto direito, faz-se necessário o amadurecimento das organizações neste processo, por meio de ações e práticas voltadas à gestão de pessoas, garantindo não somente a admissão, mas a qualificação e permanência da pessoa com deficiência, em especial as pessoas com transtorno mental grave em seus postos de trabalho. A falta de informação sobre aspectos funcionais desta condição por parte de gestores (as) e empregadores (as) reflete o preconceito já difundido pela sociedade e consiste na principal barreira para a empregabilidade destas pessoas (Camargo;

Goulart Júnior; Leite, 2017).

Outra possibilidade apresentada à inserção de pessoas com deficiência ao mercado formal se refere ao Programa de Aprendizagem, referindo-se à qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho de jovens de 14 a 24 anos, e para pessoas com deficiência sem limite de idade (Brasil, 2000; Reinheimer; Silva, 2019).

Novas regras de funcionamento do BPC estabelecidas pela Lei nº 14.176 regulamentam o BPC Trabalho ou Auxílio Inclusão e proporcionam à pessoa com deficiência incentivo ao aprimoramento e inserção ao mercado (Brasil, 2021). Há ainda desconhecimento e insegurança por parte de beneficiários (as), familiares e profissionais em relação a esta alteração na normativa do BPC, causando conflitos quanto a deixar o que proporciona estabilidade no que seja incerto e duvidoso (Silva, 2023).

A possibilidade de uma experiência laboral pode trazer medo, angústia, reincidência de crises, frustração e, por outro lado, representa grande força geradora de sentido, seja em relação à realização pessoal, ocupação da mente e do tempo ou direcionamento da energia vital, enquanto elemento de promoção à saúde e (re) estruturação psíquica (Ribeiro, 2009; Antunes; Oliveira, 2019).

Estudos atentam para a vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental grave ao estresse e sugerem acompanhamento longitudinal entre profissionais de saúde, empresa, família e usuários(as) /trabalhadores(as), auxiliando os processos de inserção, adaptação e permanência ao trabalho (Martini *et al.*, 2019; Reinheimer; Silva, 2019).

A política neoliberal do século XXI traz consigo uma imensa instabilidade ao mundo do trabalho por conta da perda de direitos coletivos e reconfigurações no formato dos regimes de trabalho: tempo parcial, temporário, teletrabalho, terceirizações e informalidades, gerando maior vulnerabilidade a todos os trabalhadores e trabalhadoras. A luta por melhores condições de trabalho se resumiu na luta pela garantia do trabalho e pela subsistência do que pela dignidade de suas condições (Ribeiro, 2009; Costa; Justo, 2020).

O agravamento da crise político sanitária desde o ano de 2016 com perda de direitos já conquistados, aumento da população a ser atendida pelo SUS e aprovação do Projeto de Emenda Constitucional (PEC 55) prejudicou substancialmente os serviços comunitários de saúde mental e a sedimentação da reforma psiquiátrica

brasileira (Barros *et al.*, 2018; Nunes *et al.*, 2019).

As conquistas da Reforma Psiquiátrica, a incorporação do conceito de deficiência psicossocial pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD, 2006), a Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência (PcD) podem ser reconhecidas como avanços em relação à inclusão social para a pessoa com transtorno mental grave. Destarte, há que se investigar o modo como tem ocorrido tal inserção no mercado de trabalho.

Pesquisa com participantes vinculados ao Projeto Gerência de Trabalho (PGT), iniciativa vinculada entre o MP/RJ (Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro) e empresa privada, através de Termo de Ajuste de Conduta (TAC), considerou que o vínculo ao trabalho com direitos formais tem maior importância para o reconhecimento social do sujeito com sofrimento psíquico do que o retorno financeiro que se possa obter (Gomes; 2017; Martini *et al.*, 2019). Neste contexto foi delineada a questão norteadora do estudo: quais as possíveis relações entre a inserção de usuários (as) em atividades laborativas e seu processo de reabilitação psicossocial?

A escolha pelo tema foi motivada por pesquisas anteriores desenvolvidas pela orientadora e pela atuação da mestrandia enquanto trabalhadora do SUS, com vínculo estatutário desde 2003, na função de psicóloga na RAPS. Como exposto anteriormente, o trabalho é tema relevante para a compreensão do modelo de atenção psicossocial e um dos desafios para a reabilitação psicossocial. Sua abordagem reveste-se de importância social e acadêmica, tendo em vista que pode contribuir para a sedimentação dos estudos sobre o modelo de atenção psicossocial brasileiro, incentivando iniciativas no enfrentamento dos entraves vivenciados na inserção ao trabalho.

As motivações das pessoas com transtorno mental grave para inserção no trabalho são de diferentes naturezas, desde a falta de acesso aos benefícios sociais, a insuficiência destes, a satisfação de necessidades básicas de sobrevivência e a busca por autonomia e independência pessoal. Neste sentido, há experiências exitosas que merecem um olhar mais atento na perspectiva da saúde do trabalhador e das políticas públicas capazes de subsidiar direitos já conquistados pela Reforma Psiquiátrica, assim como a defesa dos serviços comunitários, os quais são frequentemente ameaçados (Gomes, 2017; Martini *et al.*, 2019).

Embora a inserção no mercado de trabalho tenha sido destacada desde as primeiras legislações e propostas da Reforma Psiquiátrica, o estudo contribui para o

campo psicossocial, na compreensão da experiência dos (as) usuários (as), abrindo espaço às suas narrativas acerca dos desafios e de suas potencialidades.

Estudos como o de Luiz; Leal; Galletti (2018) apontam que o trabalho nos moldes capitalistas não contribui com a inclusão social das pessoas em situações de vulnerabilidade social, sendo necessário maior incremento às políticas públicas para iniciativas de geração de renda.

Torna-se imprescindível o investimento em pesquisas e ações voltadas à inserção das pessoas com transtorno mental grave no trabalho, sejam estas a partir das oficinas de geração de renda, cooperativas ou de trabalho assistido, tendo em vista as especificidades de cada indivíduo no seu percurso em direção à reabilitação psicossocial. Importante atentar-se à formação profissional e ao monitoramento das condições de trabalho a que estas pessoas estão expostas (Martini *et al.*, 2019).

Trata-se de produzir pesquisas científicas que contribuam para o fortalecimento dos serviços comunitários de saúde mental, na proteção dos direitos e inclusão social e na reinvenção de ações cotidianas que contribuam para a reabilitação psicossocial (Almeida, 2019).

É evidente a necessidade de maior envolvimento de gestores e profissionais da saúde em ações intersetoriais como fortalecimento à RPB diante da tendência à remanicomialização do cuidado em saúde mental, instaurado no país nos últimos anos (Barros *et al.*, 2018; Martins, 2018; Nunes *et al.*, 2019; Pereira; 2020).

Assim, o objetivo geral do estudo foi compreender possíveis relações entre a inserção em atividades laborativas e o processo de reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais graves atendidas em serviços comunitários de saúde mental.

Os objetivos específicos consistiram em: descrever o perfil sócio demográfico dos (as) participantes; identificar elementos facilitadores e dificultadores na trajetória laboral de pessoas com transtorno mental grave atendidas por serviços comunitários e criar espaço para troca de experiências entre os usuários (as) de serviços de saúde mental referentes ao assunto.

O Percurso Metodológico da pesquisa é apresentado no próximo item. Nele são abordadas a construção e a análise dos dados, sendo descritos o tipo de estudo, o cenário de pesquisa e os (as) participantes. Por sua vez, os Resultados e Discussão são organizados com base nas categorias temáticas construídas no processo analítico.

Inicialmente, apresenta-se a caracterização sócio demográfica dos(as) participantes, o modo como acessam serviços de saúde e medicamentos, além da oferta de iniciativas de geração de renda.

Na sequência, são expostos os resultados e a discussão referente à: 1) Repercussões do diagnóstico em saúde mental; 2) Histórico laboral; 3) Trabalho atual; e 4) Significados do trabalho.

As repercussões do diagnóstico em saúde mental tratam das especificidades nas relações sociais, escolarização e trabalho. Em Histórico Laboral são abordadas características da trajetória dos(as) participantes, como trabalho precoce e vínculos empregatícios. No item Trabalho Atual são abordados os elementos facilitadores e dificultadores ao trabalho. Os Significados do Trabalho contemplam as considerações dos(as) participantes sobre a realização de atividade laborativa por uma pessoa com transtorno mental grave e os impactos de se realizar ou não uma atividade laborativa em suas vidas.

Os resultados dos estudos foram analisados e discutidos com base na literatura científica sobre a inserção social da pessoa com transtorno mental grave por meio do trabalho no Brasil.

Nas considerações finais são sintetizadas as contribuições, lacunas e limitações do estudo na compreensão do trabalho de pessoas com transtorno mental grave.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudo

Adotou-se a abordagem qualitativa e exploratória, considerando a complexidade dos processos subjetivos socialmente construídos/interpretados a partir da fala dos (as) protagonistas da pesquisa. O método qualitativo se ocupa do estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultante das análises que as pessoas fazem sobre seu modo de vida, como constroem seus instrumentos e a si, sentimentos e pensamentos (Minayo, 2010).

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município mineiro e aprovada por Comitê de Ética (Parecer nº 5.329.619 e CAAE 56529722.8.0000.5154).

2.2 Cenário de estudo

O cenário da pesquisa foi um Centro de Convivência e Cultura (CECO) de município do interior de Minas Gerais. Criado em 2008, a instituição é referência para reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental grave, a partir de ações intersetoriais diversas: educação, cultura, esportes, lazer, dentre outros que possam lhes beneficiar, além de possibilitar estratégias de geração de trabalho e renda para o público atendido.

O CECO funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 18h. Os (as) usuários(as) são encaminhados(as), preferencialmente, pelas equipes de referência de diversos pontos da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Seus frequentadores são nomeados por conviventes, entendendo-se que este termo possa diferenciar e marcar a relação de horizontalidade entre os (as) usuários (as) do serviço e equipe, além de contestar para com a passividade, patologização e distanciamento imposto pela designação de paciente.

As atividades incluem oficinas variadas como bordado, tapete de grade, crochê, pintura em vidro e em azulejo, mosaico, desenho, jardinagem e horta, literatura, educação de jovens e adultos, leitura e escrita, atividades físicas, teatro espontâneo, canto, dança, encontros temáticos incluindo direitos da pessoa com transtorno mental grave, eventos com reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e, quando oportuno, eventos festivos e exposições.

Tais ações são oferecidas interna ou externamente à unidade, por meio de parcerias estabelecidas desde a implantação do CECO. As atividades são facilitadas por trabalhadores (as) do serviço, usuários (as) ou familiares.

2.3 Participantes

A pesquisa contou com a participação de dez pessoas com sofrimento mental frequentes no CECO. Foram convidados (as) doze usuários (as), sendo que dois destes não aderiram ao estudo. A pesquisa adotou o critério de saturação teórica de dados e, por isso, o processo de entrevistas foi encerrado quando as pesquisadoras avaliaram a suficiência dos dados para a abordagem da questão norteadora do estudo (Fontanella *et al.*, 2011).

Os critérios de inclusão foram: possuir 18 anos ou mais; ter diagnóstico de transtorno mental grave; estar em atendimento em serviço comunitário de saúde mental

da RAPS do município mineiro; inserido em atividade laborativa formal ou informal há pelo menos seis meses, ou ter sido desligado(a) há menos de seis meses e apresentar condições de interação e comunicação no momento da entrevista.

Os critérios de exclusão consistiram em: abandono ao PTS nos serviços comunitários de saúde mental durante o processo de construção de dados e desistência de participação no decorrer do processo de construção dos dados.

Os riscos da pesquisa consistem na possibilidade de identificação dos (as) participantes e quebra de sigilo, porém, todos os cuidados foram observados para que isso não ocorra. Os áudios das entrevistas serão mantidos até cinco anos após realização da pesquisa. Para garantir condições de sigilo e privacidade no processo de construção dos dados, as entrevistas foram agendadas, em pleno acordo com os (as) participantes, em dia, horário e espaço da instituição coparticipante.

Tendo em vista tratar-se de pessoas com transtorno mental grave, as pesquisadoras estiveram atentas ao processo de entrevistas e, caso fossem percebidos desconfortos, a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento. Caso fosse necessário, a integrante da equipe de pesquisa, psicóloga e atuante na RAPS poderia oferecer escuta qualificada ao (a) participante.

2.4 Construção dos dados

O roteiro para condução das entrevistas foi elaborado a partir da experiência das pesquisadoras e da revisão de literatura referente ao tema, tendo formato semi estruturado em dois eixos: caracterização do (a) participante e histórico laboral. Este roteiro preliminar foi encaminhado para avaliação por quatro pesquisadores (as) com experiência no campo da saúde mental. O convite foi feito via e-mail institucional e, em caso de adesão, o (a) pesquisador (a) recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reencaminhado por e-mail, devidamente assinado. Em seguida, foi disponibilizado o link para o formulário de avaliação. O roteiro da entrevista consta no Apêndice 1.

A entrevista abordou informações referentes aos dados sócio demográficos como: idade, gênero, estado civil, religião, naturalidade, auto declaração étnica, constituição familiar, condições de moradia, escolaridade, situação de migração/emigração/imigração, renda pessoal/familiar, recebimento de algum tipo de benefício social/aposentadoria, data de início da doença, diagnóstico clínico de

acordo com CID 10, histórico de internações psiquiátricas, uso abusivo de álcool/outras drogas, acesso aos serviços da RAPS e aos fármacos (Rodrigues; Marinho; Amorim, 2019).

Na segunda parte da entrevista foram realizadas questões relativas ao processo laboral: histórico da(s) atividade(s) laborativas/tipo de vínculo empregatício, ocorrência ou não de adoecimento durante determinada experiência de trabalho, situação atual de trabalho (formal, informal, desemprego), ocupação laboral atual, motivação, desafios, conquistas, oportunidades para profissionalização, entre outros fatores que poderão ser observados como relevantes durante o processo.

A partir das críticas e sugestões dos (as) avaliadores (as) o roteiro de entrevista foi finalizado. Foi realizado um teste piloto para verificação de sua compreensão e contribuição para a obtenção de dados, havendo necessidade de acréscimo de questão relativa às condições de moradia: casa própria/financiada (valor, programa habitacional/cedida/alugada (valor)/outro (assentamento, etc.).

A mestranda convidou usuários (as) com experiências relacionadas ao trabalho formal ou informal, relatadas durante seu processo de acompanhamento no CECO. Houve cuidado e atenção à escolha dos (as) participantes de forma que pudessem apresentar boa interação e comunicação durante a entrevista.

Neste contato, a pesquisadora averiguou o interesse dos (as) usuários (as) em participar do estudo. Posteriormente ao aceite, foi agendado encontro para realização da entrevista, conforme dia e horário sugeridos pelos (as) usuários (as).

A pesquisadora ofereceu aos (às) participantes a possibilidade de formato presencial ou remoto. Somente um participante optou pelo formato remoto. No encontro definido para a entrevista propriamente dita, foi feita a apresentação, leitura, esclarecimentos e assinatura do TCLE pela pesquisadora e participantes, ficando cada um com sua respectiva via.

As entrevistas individuais foram então realizadas, conforme as condições para a privacidade, sigilo e segurança sanitária, mantendo-se o uso de máscara e distância segura, sendo áudio gravadas e transcritas na íntegra para fins de análise.

2.5 Análise dos dados

Para o tratamento dos dados optou-se pela análise de conteúdo temática

conforme sistematização proposta por Clark; Braun; Hayfield (2019), baseada em seis fases: 1. Familiarização dos dados; 2. Geração códigos iniciais; 3. Identificação de temas; 4. Revisão de temas; 5. Definição e nomeação de temas e 6. Produção de relatório.

As categorias temáticas guiaram a estruturação dos resultados e discussão. Os dados foram interpretados com base na produção acadêmica do campo psicossocial, especialmente no que tange à abordagem das relações entre o trabalho e a reabilitação psicossocial.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos (as) trabalhadores (as) participantes

O Quadro 1 contém informações referentes à caracterização dos (as) participantes quanto ao gênero, idade, escolaridade, auto declaração étnica, benefícios sociais/previdenciários, situação de trabalho no momento da entrevista e renda familiar. O estudo envolveu seis homens e quatro mulheres, com idade entre 29 a 47 anos, dois quais seis se autodeclararam como brancos, 3 como pardos e apenas um como negro.

Entre as mulheres, duas declararam-se casadas, uma solteira e outra em união. Em relação aos homens, um participante declarou-se em união e os demais como solteiros. Pesquisas do campo psicossocial apontam a conjugalidade como fator de maior vulnerabilidade entre as mulheres e de não conjugalidade como fator de risco entre os homens (Campos; Ramalho; Zanello, 2017). Todos(as) moravam com a família, quatro participantes (2 homens e 2 mulheres) possuíam filhos que não moravam consigo. Sobre a moradia, dois participantes (um homem e uma mulher) declararam morar em imóvel alugado, quatro em imóvel próprio e dois em imóvel financiado.

Em relação à religião/ espiritualidade, a maioria se declarou católica, uma participante declarou-se evangélica, um participante declarou-se sem religião e outro optou por não definir a religião.

Conforme o Quadro 3, uma participante declarou ensino fundamental completo e os demais, ensino médio completo. Seis participantes realizaram cursos profissionalizantes de curta duração e quatro cursos técnicos em áreas diversas. Três participantes declararam exercício laboral de mesma natureza que os cursos realizados. Em estudo realizado por Almeida *et al.* (2021) não houve diferença de percentual entre a amostra geral e o subgrupo dos desempregados(as) com relação à conclusão do ensino médio, sendo o percentual ocupado nos dois grupos equivalente a 22% (considerado muito abaixo do percentual nacional - 49% dos adultos entre 25 e 64 anos).

Quadro 1 Caracterização do (a)s participantes segundo sexo, idade, auto declaração étnica, acesso a benefícios sócio assistenciais, ocupação atual e renda familiar.

Participante	Sexo	Idade	Auto declaração Étnica	Benefícios Sociais	Ocupação Atual	Renda familiar em SM
Bianca	F	30	parda	não	Profissional de apoio em escola	2
Claudio	M	47	branco	AIP	Artesão/Instrutor CECO	2
Danilo	M	29	parda	não	Desempregado	N.I.
Edna	F	52	branca	não	Artesã/Instrutora CECO	1,5
Lauro	M	37	parda	AIP	Serviços gerais	1
Luciano	M	33	branca	não	Assistente Administrativo	5
Miriam	F	38	branca	não	Doméstica/cuidadora crianças	3,5

Participante	Sexo	Idade	Auto declaração Étnica	Benefícios Sociais	Ocupação Atual	Renda familiar em SM
Olívia	F	45	branca	não	Diarista/Instrutora CECO	3
Sandro	M	44	preta	não	Vigia patrimonial	1
Warley	M	45	branca	não	Desempregado	1

Legenda: F - Feminino; M - Masculino; AIP - Aposentadoria por Incapacidade Permanente; NI - Não Informado; SM - Salário Mínimo.

Segundo pesquisadores, o percentual de indivíduos que concluem o ensino médio no país é inferior aos índices de países desenvolvidos e alguns em desenvolvimento, o que pode inviabilizar a comparação entre os fatores de escolarização e oportunidades de trabalho. A escolaridade dos (as) participantes acompanha características nacionais, sendo adequada a ampliação de estudos para avaliação das especificidades de pessoas com sofrimento mental (Almeida *et al.* 2021).

Dois participantes (um homem e uma mulher) declararam curso superior incompleto e uma participante declarou ensino superior completo, com atuação profissional na respectiva área. Os dois participantes que declararam receber benefício previdenciário por incapacidade permanente possuíam ensino médio completo. Nenhum participante declarou receber algum tipo de benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

“Quando eu tive crise era pra eu tentar, só que daí, aí o psiquiatra falou que poderia me aposentar, mas eles não quiseram, falaram que eu ia melhorar”
(Olívia).

O BPC visa oferecer renda à população que, comprovadamente, não consiga manter condições básicas à sobrevivência, por si ou por membros familiares, cujas condições para impedimento se estendam a dois anos (Brasil, 2007).

O entendimento de informações sobre o recebimento do BPC por pessoas com transtornos mentais graves parece desalinhado. Costa (2011) afirma que pessoas com transtorno mental grave possam fazer jus ao BPC a partir da legitimação do conceito de deficiência psicossocial (CDPD, 2006) e Portaria Conjunta MDS/INSS (Brasil, 2009). Pereira (2020) pontua que a normativa que trata o BPC não menciona diretamente a pessoa com transtorno mental, gerando interpretações ambíguas, com necessidade de revisão dos critérios de acesso aos benefícios sócio assistenciais por este público.

À discussão de o transtorno mental ser ou não considerado uma deficiência, soma-se que nem toda pessoa com transtorno mental tem impedimentos de longo prazo. As pessoas com transtornos mentais têm uma estimativa para melhora da sua doença/deficiência em prazo inferior ao exigido para concessão do BPC, especificamente no que diz respeito à fase aguda de crises, divergindo da exigência de que os impedimentos perdurem pelo prazo mínimo de dois anos. Embora avaliadas

como estáveis psiquicamente e aptas para o trabalho, nem sempre conseguem desenvolver uma atividade laborativa em função das circunstâncias gerais relacionadas a esta condição (Pereira, 2020).

Ao mesmo tempo em que oportuniza a possibilidade de reabilitação por meio de renda mínima, o BPC produz a manutenção de uma condição menos autônoma e, também, o conflito em prescindir do benefício e trabalhar. Neste sentido, o BPC Trabalho ou Auxílio Inclusão foi regulamentado pela Lei 14.176 (Brasil, 2021) com vistas a incentivar o protagonismo e autonomia das pessoas com deficiência, com os seguintes critérios de concessão: receber ou ter recebido o BPC nos últimos 5 anos; remuneração de até dois salários mínimos em qualquer tipo de atividade; renda per capita igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e inscrição atualizada no CadÚnico (Cadastro Único). O BPC é, então, suspenso e o(a) beneficiário(a) passa a receber metade de um salário mínimo, correspondente ao BPC Trabalho ou Auxílio Inclusão. Caso o(a) beneficiário (a) não se adapte ao emprego volta a receber o BPC. Tais informações são desconhecidas e precisam ser mais difundidas entre/pelos profissionais que compõem os setores de atendimento geral à população, assistência social e saúde para que o público alvo possa usufruir do benefício (Silva, 2023).

Pesquisas reiteram a importância de tratativa às pessoas com transtornos mentais graves enquanto deficiência psicossocial, considerando os impedimentos e prejuízos para sua efetiva inserção social, defendem políticas assistenciais mais consistentes e abrangentes na diversificação de experiências de inserção social (Costa, 2011; Campos; Ramalho; Zanello, 2017; Almeida *et al.*, 2021).

A renda individual declarada variou entre seiscentos e três mil reais (meio salário a 2,5 SM), sendo o valor menor referente à venda de artesanato e o maior ganho mensal proveniente de vínculo formal de trabalho. Dois participantes declararam ausência de qualquer tipo de renda individual no momento da entrevista.

A renda familiar declarada variou de um a cinco salários mínimos (SM). Seis participantes declararam seus membros familiares como principais contribuintes de sua renda familiar. Para três participantes a renda familiar correspondia ao benefício previdenciário recebido por si ou por familiares.

Quanto à ocupação laboral no momento da entrevista, dois participantes declararam estar desempregados (Danilo e Warley). Três participantes exerciam

atividades com vínculo formal de trabalho (Luciano, Miriam, Bianca), três com vínculo informal (Edna, Sandro, Olívia) e dois recebiam aposentadoria por incapacidade permanente e exerciam atividades informais (Claudio e Lauro): artesão/instrutor de oficina no CECO, e, prestação de serviços gerais. Estas informações estão localizadas no Quadro 1.

Todas as mulheres estavam inseridas em atividade laboral remunerada (vínculos formal/informal em igual proporção, duas com vínculo formal e duas com vínculo informal). Elas tinham diferentes níveis de escolarização: fundamental completo, médio e técnico completo, superior incompleto e completo, desempenhando as seguintes atividades no momento da entrevista: profissional de apoio, “diarista”, artesã/instrutora de oficina no CECO e doméstica/cuidadora de crianças. As atividades relacionavam-se à prestação de cuidados domésticos e a outrem, refletindo características da divisão sexual do trabalho, na associação naturalizada entre o gênero feminino no dever de servir/cuidar, sobrecarregando a mulher em tarefas e papéis (Campos; Magalhães, 2020). Pesquisadores defendem a construção de políticas públicas a partir da compreensão dos fatores socioculturais e vulnerabilidades, como gênero e saúde mental (Campos; Ramalho; Zanello, 2017).

Os homens ocupavam as seguintes atividades/funções: assistente administrativo, vigia patrimonial, serviços gerais, artesão/instrutor de oficina no CECO. Dois participantes estavam desempregados no momento da realização das entrevistas.

Em outros estudos, a maior proporção de homens desempregados esteve relacionada a uma condição clínica mais cronicada/incapacitante dos quadros de esquizofrenia, em comparação a um número maior de mulheres inseridas no mercado de trabalho (Campos; Magalhães, 2020).

Dois participantes recebiam o benefício de aposentadoria por incapacidade permanente de trabalho e dois estavam inseridos no mercado de trabalho: um exercia suas atividades em carga horária reduzida, solicitada por conta de dificuldades no cumprimento da carga integral e concedida segundo recomendações da Lei de Cotas (Reinheimer; Silva, 2019). O outro participante, com vínculo informal, realizava atividade laborativa aos finais de semana e feriados. O tempo ocupado nestas atividades/ funções era variado.

3.2 Condições de saúde e acesso ao SUS

O Quadro 2 apresenta os diagnósticos em saúde mental, ano de diagnóstico, internações psiquiátricas, serviços de saúde utilizados e acesso aos medicamentos no sistema de saúde. O(A)s participantes foram indagados (as) sobre outras questões de saúde e citaram: fibromialgia, diabete, colesterol alto, epilepsia, transtorno obsessivo compulsivo, 'comportamento explosivo', refluxo, dor de cabeça, dor/ardência no peito, hipotireoidismo e hipertensão arterial. Somente um participante mencionou sobre uso abusivo de substâncias psicoativas, naquele momento em abstinência, atribuindo o episódio como causa principal de seu adoecimento psíquico.

Quadro 2 Caracterização dos(as) participantes do estudo segundo diagnóstico em saúde mental, ano de diagnóstico, internações psiquiátricas, serviços de saúde utilizados e acesso aos medicamentos no sistema de saúde.

Participante	Diagnóstico	Ano de diagnóstico	Internações Psiquiátricas	Serviços utilizados na Rede SUS	Acesso aos medicamentos no SUS
Bianca	depressão	2021	não	CRPICS; UBSF; CECO	não
Claudio	esquizofrenia	2000	sim	UBSF; CECO	parcial
Danilo	esquizofrenia	2012	não	CAPS; CECO	parcial
Edna	depressão	2009	não	UBSF; CECO	sim
Lauro	esquizofrenia	2012	sim	UBSF; CECO	sim
Luciano	TOC	2005	não	UBSF; CECO	não*
Miriam	transtorno bipolar	1998	sim	CECO	não*
Olívia	transtorno bipolar	2000	sim	UBSF; CECO	sim
Sandro	depressão	2006	sim	CAPS; CECO	sim

Participante	Diagnóstico	Ano de diagnóstico	Internações Psiquiátricas	Serviços utilizados na Rede SUS	Acesso aos medicamentos no SUS
Wagner	indefinido	2014	sim	UBSF; CECO	sim

Legenda: UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família; CECO - Centro de Convivência e Cultura; CAPS - Centro de Atenção Psicossocial; CRPICS - Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; TOC - transtorno obsessivo compulsivo; * acompanhamento na rede privada.

Os (as) participantes e suas famílias são atendidos (as) em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) localizados em seus territórios. Tendo em vista a importância da APS para a coordenação do cuidado, em longitudinalidade e integralidade da atenção, a experiência dos (as) participantes é fundamental, mantendo desta forma o cuidado permanente com vistas à promoção da saúde. Entende-se a importância dos serviços de APS no cuidado em saúde mental, posto que diversos estudos indicam negligência no atendimento a estas demandas em serviços não especializados (Pupo *et al.*, 2020).

Os (as) participantes fizeram algumas considerações sobre a dificuldade de acesso à especialidade da psiquiatria na APS, realizado pelo modelo de matriciamento. A abordagem da saúde mental na APS deve considerar quadros de sofrimento psíquico menos graves, mas não menos importantes que aqueles priorizados pelos CAPS, marcados por reações emocionais frente às dificuldades da vida, para os quais deve ser dedicada uma escuta mais atenta, frente às vantagens do cuidado em território, na oportunidade de um vínculo mais próximo e constante (Fagundes, Campos; Fortes, 2021).

Uma participante optou por não acessar o CAPS, pagando temporariamente por consulta psiquiátrica, retornando posteriormente à APS de referência para continuidade ao cuidado e sem acesso à medicação de uso contínuo por meio do SUS. Outros dois participantes afirmaram preferir pagar pela consulta psiquiátrica, justificando a escolha pela natureza do vínculo, construído longitudinalmente, com aquele profissional.

“Eu pagava consulta particular porque no SUS é muito complicado. Acho que tem alguma coisa de descaso porque às vezes preciso passar por psiquiatra, você tem que marcar consulta, aguardar 3 ou 4 meses para o clínico geral fazer uma avaliação, ver se é realmente necessário passar pelo psiquiatra e às vezes eles não te passam para o psiquiatra. (Bianca).

“Acho que deveria melhorar a parte de saúde mental das pessoas. Às vezes aquele medicamento não está te fazendo bem e você tem que aguardar muito tempo a consulta com psiquiatra. Passa pelo clínico e tal e ele fala ‘não, você vai continuar com esse medicamento’” (Bianca).

Em relação às medicações de uso contínuo, no momento da entrevista, o acesso de dois participantes a este recurso era parcial.

“E quando eu retornei depois de 4 meses e falei que eu não tinha tomado a medicação... o quadro estava bem ruim. Ele mudou a medicação para ver se eu conseguia comprar. Daí me esforcei, vendi uns produtos e consegui comprar a medicação” (Bianca).

O acesso aos medicamentos reveste-se de importância tanto para o cuidado com sua saúde quanto pelos desdobramentos econômicos que trazem para as famílias quando não são disponibilizados gratuitamente pelo SUS. Há, ainda, que se considerar a importância da assistência farmacêutica no âmbito da Saúde Mental (Alencar; Cavalcante; Alencar, 2012), a ampliação da lista de medicamentos psicotrópicos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) pela Portaria n. 2.516 (Brasil, 2020), assim como a necessidade de aprofundamento das discussões sobre a medicalização da saúde (Amarante; Pitta; Oliveira, 2018).

Como visto no Quadro 2, em relação ao diagnóstico em saúde mental, observa-se: esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo e uso abusivo de álcool/outras drogas foram citados pelos homens, enquanto os transtornos de humor (depressão e transtorno bipolar) foram citados pelas mulheres. Estudo desenvolvido por Geremias; Zambroni-de-Souza; Lucca (2021) correlaciona maior ocorrência de esquizofrenia entre os homens e dos transtornos de humor entre as mulheres.

Considerando o período no qual ocorreram as entrevistas, o tempo em que foi realizado o diagnóstico em saúde mental variou de 16 meses a 28 anos. Os (as) participantes retomaram contextos de vida nos quais ocorreram os diagnósticos como o período de separação dos pais, nascimento do primeiro filho, perda de um dos filhos e fases importantes da escolarização e trabalho.

Seis participantes afirmaram histórico de internações psiquiátricas, tendo seus diagnósticos identificados nos anos de 1998, 2000 (dois participantes), 2006, 2012 e 2014. Quatro participantes negaram este histórico, com diagnósticos em 2005, 2009 e 2021. Miriam pondera as primeiras demandas em saúde mental na adolescência, a intensidade das crises e, nos últimos sete anos, a redução das crises. Olívia narra sua saída da internação psiquiátrica e inserção no CAPS.

“Aos 12 passei a ter leves depressões, quando aos 14 tive um surto e diante disso a cada 2, 3 anos, tive crises de mania, crises depressivas, só crescendo... as crises. Depois, as crises foram mais esporádicas e chegava a ficar 4, 5, 6 anos sem crises. Agora estou sem crise desde 2016. Só com pequenas oscilações” (Miriam).

“Foi bem no desenvolvimento desses tratamentos, com esse envolvimento com as pessoas que tem o mesmo problema que eu, até mais grave, fui vendo que eu não precisava viver escondida, acanhada o tempo inteiro devido a ter descoberto aquele problema” (Olívia).

Sua experiência sugere a importância de estudos sobre a vinculação com serviços comunitários no manejo das crises e a retomada do cotidiano pelas pessoas. Estes dados sugerem um número maior de acompanhamentos de crises agudas pelos CAPS do que internações psiquiátricas para os diagnósticos identificados a partir de 2001, ano de promulgação da Lei n. 10.216 (Brasil, 2001), no qual o CAPS se constituiu como dispositivo central no cuidado psicossocial. Há de se considerar a realização de estudos complementares para avaliação de tais mudanças no modelo de atenção à saúde mental.

3.3 Repercussões do diagnóstico em saúde mental

As repercussões do diagnóstico em saúde mental, segundo os (as) participantes ocorrem nos vários aspectos da vida, como ocorrência de novas crises, efeitos colaterais dos medicamentos e vida conjugal, o esforço para realização das tarefas diárias e a falta de condições para o cuidado com o filho recém-nascido:

“Quando tenho crise fico parado no tempo. Não sei te explicar bem, mas toda vez que tenho uma crise eu paro... na verdade, eu paro no tempo.” (Danilo)

“Na época eu não consegui cuidar do meu filho até os dois anos. Quem cuidou foi minha mãe, meu esposo, família, né? Sogra, as cunhadas cuidaram (Olívia)”

Alguns participantes relataram os efeitos da identificação do diagnóstico em saúde mental em seu período de escolarização:

“Por causa da medicação eu dormia na escola. Comecei a engordar muito por causa da medicação. Sofria bullying. Decidi bombar na escola, fui para o período da noite e recuperei tudo. Depois entrei na faculdade e tive vários períodos ruins na faculdade... tive que voltar 2 períodos também na faculdade, era pra ter feito a faculdade em 4, fiz em 5 anos” (Miriam).

“Eu achava que eu era bem tratado na época do colegial. Eu era considerado bem inteligente. (...) No 2º colegial meu raciocínio começou a cair” (Luciano).

“Eu até tentei, mas não tive resultado não. Eu tive de parar, na época que entrei na Sadia eu procurei escola particular pra voltar. Consegui terminar o ensino médio “. (Sandro).

Estudos mostram relação multicausal entre adoecimento mental, escolarização, profissionalização, subemprego e desemprego, sendo a precocidade do adoecimento o indicador de maior impacto nas condições gerais de vida (Costa, 2011; Assunção; Lima; Guimarães, 2017).

Pesquisa desenvolvida por Geremias; Zambroni-de-Souza; Lucca (2021) indica maior prevalência de transtornos mentais graves entre aquelas pessoas com menor nível de escolaridade, havendo sugestões para abordagens sobre os efeitos da vulnerabilidade social e adoecimento em indivíduos com histórico de analfabetismo (Campos, Ramalho; Zanello, 2017). Destarte, o investimento na escolarização de indivíduos com transtorno mental grave reafirma o significado da intersectorialidade entre as políticas públicas com vistas à contratualidade social e melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2010; Campos; Magalhães, 2019).

Os (as) participantes relataram sobre as manifestações de preconceito em seu cotidiano. Claudio, Danilo e Miriam falam de situações de preconceito vivenciadas no trabalho.

“É porque às vezes a gente é julgado por beber remédio e ser doido. Muitos dos nossos amigos vivem isso na pele” (Claudio).

“Interferiu e interfere até hoje [sobre o adoecimento mental]. Preconceito, lembranças. Eu tenho de lutar com isso dia após dia. Vai fazer 8 anos isso, pra eles parece que foi ontem. Parece que a confiança deles é dia após dia.” (Warley)

“Eu não sei explicar se é vergonha ou medo... parece que a gente tem uma doença contagiosa”. Fiquei com medo dos exames de dar alguma coisa lá por causa da depressão. Eu fiquei com medo de falar, mas eu quis falar para o médico (...) ‘Fica tranquila que está tudo certo’.” (Bianca).

“Eu fui entregar a aluna pra mãe, que era funcionária da Psiquiatria. Quando ela me viu, ela tirou a filha dela da minha sala. Ela fez a diretora me tirar da sala da filha dela. Mas mesmo assim eu não desisti, eu fiquei na escola até o fim do ano”. (Miriam)

“Teve muita gente da família que julgou que eu seria incapaz, que não teria melhoria (...) que eu era uma mulher preguiçosa, que só ficava em cima da cama e isso me deixava muito pra baixo, porque eu estava lutando, né? Contra uma coisa que nem eu sabia por que tava acontecendo”. (Olívia).

“Eu sofria crítica dos funcionários. Na verdade, era também por causa da depressão que não aprendia rápido. Era complicado, muita crítica (Danilo).”

O estigma social apresenta-se como importante barreira na trajetória individual e coletiva das pessoas com transtorno mental grave, por meio de atitudes que impedem seu acesso a uma participação mais ativa na comunidade, constituindo-se em um dos grupos mais excluídos das oportunidades de convivência social, escolarização e trabalho (Geremias; Zambroni-De-Souza; De Lucca, 2021).

O termo capacitismo, destacado na fala de Miriam, é uma expressão que designa a discriminação e preconceito para com a pessoa com deficiência, atribuindo a sua existência sentidos negativos, construídos e reproduzidos sócio historicamente a partir da prerrogativa de capacidades plenas por uma pessoa sem deficiência (Marchesani, Carpenedo, 2021).

“Olha, isso é bem relativo porque é bem limitante, né? Depende do grau porque é muito limitante. Eu acho que é um conjunto de fatores. Eu acho que a pessoa com transtorno mental já é tão assim, sofre tanto capacitismo ao longo da vida, ela sofre tanto preconceito, que isto vai sendo introduzido na mente dela e vai deixando ela com muita baixa autoestima, e essa baixa autoestima vai deixando ela muito incapacitada” (Miriam).

Reinheimer e Silva (2019) falam do impacto acarretado pela situação de invisibilidade e discriminação da pessoa desde os primeiros sinais de sofrimento psíquico e diagnóstico, mesmo sob a forma de superproteção pelas famílias. É forte a tendência de se sentirem inferiores e limitados no desenvolvimento de habilidades e no enfrentamento a estresses e frustrações. A interrupção do tratamento e a falta de envolvimento da família neste processo também se constituem como obstáculos a uma maior participação social.

Sete participantes tiveram o diagnóstico em saúde mental identificado no período em que trabalhavam. Seis participantes tinham vínculo formal e duas participantes trabalhavam sem este tipo de vínculo. Todos(as) os(as) participantes foram desligados(as) do trabalho que realizavam após o início de seu adoecimento. Quatro participantes (Beatriz, Olívia, Danilo, Luciano) vivenciaram situação de desemprego que variou de um a 5 anos. Um participante retornou à atividade laborativa dezessete anos após início do adoecimento. Os demais participantes (Claudio, Edna, Miriam, Olívia, Lauro e Warley) tiveram experiências variadas, sem vínculos formais ao mercado de trabalho, vivenciando maior instabilidade nestas relações. As atividades laborativas foram em diferentes áreas de atuação.

O transtorno mental grave pode impedir o trabalho, seja pelos impactos

individuais desta condição ou pelo estigma social bastante cristalizado, levando a grande cerceamento ao acesso/participação em processos seletivos (Ribeiro, 2009).

Como ponto negativo ao exercício do trabalho para a pessoa com transtorno mental grave podem ser citados, a insegurança frente à incidência de crises, temor por frustração perante a si e demais pessoas, maior vulnerabilidade ao estresse provocado pelo trabalho e vivência de situações preconceituosas, necessidade de maior flexibilização da carga horária e tarefas a serem realizadas (Ribeiro, 2009).

Revelar um diagnóstico em saúde mental durante o processo seletivo pode encerrar a participação do candidato ou fazer com que o estigma apareça no ambiente de trabalho. Apesar da ambivalência, Soeker *et al.* (2020) lembram que pessoas com deficiência, incluindo os indivíduos com transtorno mental grave, são protegidas contra discriminação, embora comumente sejam observadas desvantagens frente a outros candidatos com deficiência física ou sem deficiência.

O diagnóstico de um transtorno mental grave e o tratamento parecem impactar no acesso e na permanência no emprego, sendo que os efeitos colaterais da medicação podem afastar o trabalhador do tratamento, agravando a doença e a sua capacidade funcional (Ebuenyi *et al.*, 2020).

As experiências relatadas a seguir endossam a proposta de Ribeiro (2014) sobre a necessidade de orientação e apoio à trajetória de trabalho de pessoas que vivem com transtorno mental grave, entendendo que a ocorrência de crises possa ser limitante, mas não impeditiva ao trabalho:

“Foram 2 anos sem trabalhar, depois eu comecei a querer voltar, porque as pessoas me incentivaram, você consegue, volta a trabalhar, faz uma faxina, faz uma coisa.” (Olívia)

“Lá dentro tem psicólogo, se eles [a empresa] procurassem fazer um projeto, uma palestra, isso ajudaria muito os funcionários. Eu conversei não foi só uma vez, foram duas vezes com a gestão e falei como eu estava me sentindo. Ao invés de me ajudar, eles procuraram um meio para me mandar embora por justa causa, né?” (Bianca)

“Considero [a possibilidade da pessoa com transtorno mental grave trabalhar porque eu acho que eu já tive essa capacidade sim. Eu acho que eu não tenho mais. Por outro lado, é importante tentar um trabalho sim. Talvez até consiga recuperar isso.” (Luciano).

Entre fatores de significativa importância para a inserção e permanência da

pessoa com transtorno mental grave ao trabalho estão a auto aceitação sobre a própria vulnerabilidade psicossocial, compreensão do diagnóstico e das implicações a sua vida, uso regular da medicação e seus possíveis efeitos, aquisição do manejo de crises, fatores estressantes e recaídas, construção de diálogo com gestores sobre necessidade de flexibilidade na agenda de trabalho e vigor no enfrentamento aos preconceitos (Ribeiro, 2009).

Soeker *et al.* (2020) pontuam o desejo pela criação de programas de reabilitação profissional com vistas ao desenvolvimento ou restabelecimento de habilidades específicas, incluindo comunicação e gerenciamento de conflitos. Sugerem maior envolvimento com estudos direcionados à compreensão de estratégias utilizadas por pessoas com esquizofrenia para adaptação ao trabalho formal. Além disso, apontam a relevância de uma comunicação mais próxima entre supervisor e colegas para maior apoio no compartilhamento de tarefas e emoções desconfortáveis.

Para Antunes e Oliveira (2019), há uma cristalização de concepções ligadas à incapacidade e dependência acerca das pessoas com esquizofrenia, inclusive para outros transtornos mentais, resultando numa anulação de suas opiniões, habilidades e desejos, sendo necessário um trabalho de (re) educação na sociedade para que seu olhar seja ampliado para além da “doença”.

O não trabalho pode representar privação material estendida à dificuldade de acesso aos benefícios sociais, insegurança, baixa autoestima, isolamento, cronificação da doença e uma busca prolongada e sem sucesso por benefícios sociais, diante da naturalização da incapacidade produtiva da pessoa na condição de transtorno mental grave (Ribeiro, 2009).

Nas falas a seguir, os (as) participantes mencionam sua opinião sobre a possibilidade do trabalho para a pessoa com transtorno mental grave:

“Não (em relação a uma pessoa com transtorno mental grave trabalhar)”. “Mas você trabalhava (mediação da pesquisadora)”. “Eu não sei como, mas... trabalhava né?” (Danilo).

“(...) tem aqueles que você vê melhora, você percebe que a pessoa quer melhorar, que ela quer sair daqui e ir além. E tem aqueles que só querem ficar estabilizados aqui e não quer evoluir, crescer, buscar mais do que isso”. (Olívia)

“Depois que adoeci não consegui serviço mais, só diarista. Se for pra entrar em algum serviço, não sei se eu aguento mais... por causa dos meus remédios” (Claudio).

3.4 Histórico Laboral

Nas entrevistas os (as) participantes compartilharam informações de seu histórico laboral referentes aos seguintes aspectos: trajetória formativa (escolarização formal e qualificação profissional), experiências de trabalho, tempo de permanência nas atividades laborais, motivo de saída e ocupação atual. O Quadro 3 foi construído com base nestas informações.

Como pode ser observado, seis participantes iniciaram a trajetória laboral no período da infância e adolescência.

“A primeira experiência mesmo de trabalho foi vender caju pra minha tia. Eu tinha uns sete anos. Saía, vendia, passava na venda e comprava as coisas pra casa. Depois comecei a trabalhar de babá. Meu pai me deixava a semana inteira lá. Na época eu tinha 12. Eu disse, ‘pai, não vou voltar porque tá acontecendo isso e isso. Meu pai disse, ‘Você vai voltar sim porque preciso desse dinheiro’. Daí minha mãe não deixou eu ir mais não” (Edna).

Indivíduos com histórico de trabalho precoce tendem a possuir menos anos de escolaridade, maior evasão escolar, menores oportunidades de qualificação profissional, maior incidência de situações precárias na alimentação, moradia e acesso à saúde e assim, maior exposição a condições inadequadas de trabalho e adoecimento mental (Campos; Magalhães, 2019).

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) e o programa Jovem Aprendiz (Brasil, 2000) passam a exercer proteção quanto aos direitos da criança e adolescente entre as décadas de 90 e 2000 (Ranieri; Alves, 2018), embora o trabalho precoce ainda seja naturalizado na vida de milhares de brasileiros (as) em diferentes regiões.

Todos(as) os(as) participantes tiveram ao menos um vínculo formal durante sua trajetória laboral. Cinco participantes (Claudio, Bianca, Danilo, Lauro, Warley, Sandro) tiveram seu diagnóstico em saúde mental identificado no período em que desempenhavam atividade laborativa formal. Para três participantes (Claudio, Danilo e Lauro) era a primeira experiência laborativa com este tipo de vínculo.

Conforme mostra o Quadro 3, o tempo de permanência na primeira

experiência de trabalho formal variou entre sete meses a dez anos. Os períodos mais curtos foram ocupados nas funções de caixa de supermercado e ajudante de mecânico, sete e nove meses, serviços gerais (limpeza de ônibus) e ajudante de serralheiro, 16 e 24 meses, respectivamente. Os maiores períodos ocupados pelos (as) participantes no primeiro trabalho foram de 48 a 120 meses, nas funções de balanceiro de frigorífico e serviços gerais.

Quadro 3. Histórico laboral dos (as) participantes do estudo.

Participante	Trajetória Formativa	Experiências de trabalho	Tempo	Vínculo trabalhista	Motivos de saída
Bianca	Ensino Médio; Técnico em educação infantil, técnico em informática, curso básico de cabeleireiro e design de sobrancelhas	Diarista e cuidadora de crianças (aos 9 anos de idade)	NI	Informal	NI
		Caixa	7 meses	CLT	NI
		Promotora de vendas	10 mm	CLT	NI
		Auxiliar administrativo	35 meses	CLT	Pediu desligamento (doença de familiar)
		Operadora de telemarketing	27 meses	CLT	1ª crise Demissão
		Profissional apoio/ educação infantil	9 meses	Estatutário	Ocupação atual
Claudio	Ensino Médio e Técnico Agrícola.	Eletroeletrônica (rádio)	108 meses	Informal (Trabalhava com o pai)	Ingresso em curso técnico em agropecuária
		Eletroeletrônica (rádio)	84 meses	Informal	Ganhos insuficientes

Participante	Trajétoria Formativa	Experiências de trabalho	Tempo	Vínculo trabalhista	Motivos de saída
		Balanceteiro em frigorífico	48 meses	CLT	1ª crise
		Diarista (servente pedreiro)	NI	Informal	Mudança de cidade
		Carga e descarga	48 meses	CLT	Crise/ Aposentadoria por invalidez.
		Instrutor de tapete em grade CECO/ confecção de artesanatos diversos.	9 meses	–	Ocupação atual
Danilo	Ensino Médio, Aprendizagem em Mecânica de Automóveis, Técnico em Mecânica de Automóveis (Incompleto), Ensino Superior Incompleto (Engenharia Mecânica, um mês de estudo)	Ajudante mecânico e mecânico (máquinas industriais)	9 meses	CLT	1ª crise
		Ajudante mecânico	9 meses	CLT	crise/demissão
		Oficina (caminhões)	não soube dizer	Vínculo informal e intermitente	crise
		Sacolão	não soube dizer	Colaboração eventual por valor simbólico	crise
Edna	Ensino Fundamental	Vendedora de caju para a tia aos 7 anos.	–	–	–
		Cuidadora de crianças	NI	NI	assédio sexual
		Tosadora	cerca de 12 meses	NI	1a crise

Participante	Trajétoria Formativa	Experiências de trabalho	Tempo	Vínculo trabalhista	Motivos de saída
		Cozinheira	7 meses	contrato temporário (secretaria municipal educação)	Crise
		Vendedora de cosméticos	NI	–	NI
		Confecção e venda de artesanato	NI	Autônomo	–
		Instrutora de oficina de trabalhos manuais (CECO)	130 meses	Voluntário	Ocupação atual
Olivia	Ensino médio, Ensino Superior Incompleto (Pedagogia por 2 anos)	Doméstica	NI	NI	NI
		Vendedora	NI	CLT	casamento
		Doméstica	+/- 12 meses	Informal	1ª crise nascimento do filho
		Diarista	24 meses após adoecimento até hoje.	Informal	Ocupação atual
Lauro	Ensino médio, cursos de curta duração em Informática.	Serviços gerais (início aos 16 anos)	120 meses	CLT	1ª crise
		Reciclagem e serviços gerais (juntar pedra, tirar entulho)	NI	Informal	Aposentadoria por invalidez
		“Bicos”	NI	Informal	Ocupação atual
Luciano	Ensino Médio, Ensino	Vendedor de picolé	NI	Informal	NI

Participante	Trajetória Formativa	Experiências de trabalho	Tempo	Vínculo trabalhista	Motivos de saída
	Superior Incompleto (2 meses de Contabilidade)	(infância)			
		Office boy (loja de roupas - entregas de bicicleta - 16 anos).	2 meses	Informal	Estresse diante de escolha curso graduação
		Escritório de contabilidade	NI	CLT	1ª crise
		Loja da tia (eventualmente)	NI	Informal	Estudos
		Assistente administrativo (universidade federal)	60 meses	Estatutário	Ocupação atual
Miriam	Ensino superior (Pedagogia); Ensino superior incompleto (Administração por 1 ano)	Estágios remunerados/ não remunerados durante curso de graduação	36 meses	NI	Encerramento curso graduação
		Monitora em biblioteca (faculdade privada)	NI	Desconto em mensalidade	Encerramento curso graduação
		Professora ensino infantil	12 meses interruptos	Contrato temporário	Crise
		Professora ensino fundamental	6 meses	Contrato temporário	Crise (sobrecarga)
		Professora ensino infantil	NI	Contrato temporário	Crise
		Vendedora (livraria)	24 meses	NI	NI
		Professora ensino infantil	NI	Contrato temporário	NI
		Secretária (escola)	NI	Informal	NI

Participante	Trajetória Formativa	Experiências de trabalho	Tempo	Vínculo trabalhista	Motivos de saída
		línguas)			
		Vendedora lingerie	3 meses	Informal	NI
		Aulas particulares	NI	Informal	NI
		Vendedora produtos (aromaterapia)	NI	Informal	NI
		Doméstica/cuidadora de crianças	menos de 12 meses	CLT	Ocupação atual
Sandro	Ensino médio, Curso técnico em Desenho Arquitetônico, Curso Técnico em Instrumentos Musicais.	Ajudante serralheiro (15anos)	24 meses	1 ano informal e 1 ano CLT	NI
		Frigorífico (desossa, CMS)	68 meses	CLT	crise depressiva
		Auxiliar de topografia	3 meses	CLT	NI
		Desenhista arquitetônico	3 meses	NI	mudança de cidade
		Servente pedreiro	3 meses	NI	contrato temporário
		Auxiliar de obra	3 meses	NI	contrato temporário
		Garçom	NI	NI	NI
		Projeto Cultural Orquestra Jovem	52 meses	NI	NI
		Vigia patrimonial	NI	Informal	Ocupação atual
Warley	Ensino médio; Curso de curta	Entregador	NI	Informal	NI

Participante	Trajetória Formativa	Experiências de trabalho	Tempo	Vínculo trabalhista	Motivos de saída
	duração para Vigilantes.	(aos 12 anos)			
		Servente pedreiro (aos 15 anos)	NI	Informal	NI
		Serviços gerais	16 meses	CLT	Pediu demissão (sobrecarga)
		Auxiliar de produção (frigorífico)	NI	CLT	Sobrecarga
		Vigilância patrimonial	4 meses	CLT	Demissão por uso de spas

Legenda: CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas; NI – Não informado.

Em relação às experiências com vínculo informal não foi possível estabelecer um período exato de sua ocorrência, pois este tipo de informação parece ter se perdido na memória e narrativa dos (as) participantes. O trabalho informal funciona como “modo de inserção possível” (Geremias; Zambroni-de-Souza; Lucca, 2021, p. 61), numa tentativa de resgate de independência e autonomia. No entanto, em caso de afastamento, os (as) trabalhadores (as) ficam sem renda ou benefício, aumentando a vulnerabilidade e as chances de adoecimento.

Almeida *et al.* (2021) reafirmam importância do trabalho remunerado e com valor social para a reabilitação psicossocial e redução dos impactos socioeconômicos sobre este público, marcado pelas dificuldades de acesso aos benefícios sócio assistenciais e adversidades à inserção social.

Os (as) participantes consideraram que as oficinas de artesanato realizadas no CECO possam despertar o interesse pela oportunidade de geração de renda das pessoas que por ali circulam. Conforme informações compartilhadas no Quadro 3, três participantes (um homem e duas mulheres) ocupavam a função de oficinas em atividades realizadas semanalmente no CECO, atuando diretamente no ensino de técnicas e produção de trabalhos manuais, transpondo a condição de assistidos, e desta forma, exercitando seu protagonismo e autonomia.

Oficineiros(as) estão entre os profissionais que compõem as equipes mínimas dos Centros de Convivência e Cultura com tarefas principais relacionadas à promoção de atividades coletivas de geração de trabalho e renda e/ou de arte, cultura, esporte e lazer (Brasil, 2005). Os (as) usuários (as)/oficineiros (as) empreendem esforços na obtenção e administração dos materiais/recursos através do escoamento da produção, exercitam o planejamento e execução de tarefas, a construção de vínculos, o manejo de conflitos e a circulação pela cidade. Um dos participantes se desloca semanalmente entre diferentes e distantes setores da cidade para participar e ensinar a fazer tapete na grade: *“Eu aprendo e faço. Uma experiência boa demais porque estamos doando aquilo que a gente sabe. Um pouquinho presenteando com os dons que a gente aprendeu”* (Claudio).

Os (as) participantes/oficineiros (as) mencionam o baixo retorno financeiro e as alternativas apresentadas à falta de materiais e de políticas de apoio às iniciativas de geração de renda:

“Elas [profissionais do CECO] me perguntaram se eu poderia ajudar aqui. Começamos aqui com 1 kg de barbante aberto e uma agulha. Não tinha material pra todo mundo. Fiz um tapete, a gente fez uma rifa. Com 150 reais, comprei material, umas agulhas e começamos” (Edna).

“Nós temos uma porcentagem, mas é pouca. Quando a gente vê que precisa, deixa para o material, pra gente ter oficina. Aqui é só um trabalho pra gente ocupar a mente, nos distrair” (Olívia).

[Sobre iniciativas de geração de renda desenvolvidas pelos serviços] Na forma de oficina, mas acho que tem de ter mais material, né? Exposição, oficina, mais material, né? (Miriam)

Os (as) trabalhadores (as) mencionaram situações no decorrer da trajetória laboral que, em sua compreensão, contribuíram para episódios de adoecimento:

“Eu trabalhei 2 anos e 3 meses e o serviço foi muito desgastante para mim. Comecei a ficar desanimada, sem vontade de fazer nada, chegava em casa, só queria ficar no meu quarto, sem ouvir ninguém. Eu pensava, não é nada, não, é cansaço. Só que como isso foi aumentando, eu falei, acho que vou passar num psiquiatra.” (Bianca).

“Eles me mandaram embora, perceberam que eu tava doente. Eu cheguei a acreditar que eu trabalhava demais. Foi em 2012 [o diagnóstico], mas já vinha antes. Eu acho que acabei com a minha saúde porque era três, quatro, seis [pessoas] de uma vez. Eu não sei como consegui trabalhar 10 anos” (Lauro).

“Eu tive problema de depressão porque trabalhava muito, por causa de encarregado enjoado. Eu cheguei a estressar e ficar afastado uns tempos. Quando eu voltei e fui trabalhar com um encarregado que não gostava de mim e ele resolveu me mandar embora”. (Sandro)

São frequentes os relatos de estresse devido a condições adversas de trabalho, diante de determinada rotina, pressão e sobrecarga que se constituem em verdadeiros fatores de risco à saúde e permanência no trabalho, o que se agrava no caso das pessoas com transtorno mental grave (Siqueira *et al.*, 2019). Após o adoecimento, todos(as) os (as) participantes foram desligados dos seus postos de trabalho. Tal fato indica a importância de aprofundamento nos estudos sobre as relações entre o adoecimento e o trabalho e, também, o quanto o mercado de trabalho tem se mostrado hostil ante as demandas de saúde mental de trabalhadores.

Martini et al (2019) sugerem a observação de diversos fatores estressores, dentre os quais: conteúdo do trabalho, carga horária, exigências da função ou atividade, ausência ou má qualidade na orientação de tarefas a serem executadas, natureza da tarefa - monotonia, repetição, sobrecarga física/mental, autonomia, organização/execução de tarefas, ambiente de trabalho e relações interpessoais - apoio social, violências, assédio, entendimento de ordens, pouco acesso aos gestores e decisões.

Ao longo das entrevistas, os (as) participantes exploraram elementos que consideraram como dificultadores ou facilitadores do trabalho da pessoa com transtorno mental grave. As relações interpessoais são entendidas ao mesmo tempo, como facilitadoras ou barreiras.

“Já tive medo de perder o trabalho devido ao atestado. A equipe toda sabe [sobre o acompanhamento em saúde mental], ‘não é porque você está trabalhando aqui que não vai cuidar da sua saúde’. Foi bacana porque não olharam com maus olhos” (Bianca).

Era um ambiente bom, não ótimo, sempre tem um negócio. Muita coisa ajudava, os funcionários mesmo, gente boa, amigos da gente. O pessoal gosta bastante do meu trabalho, mas é complicado trabalhar com a cabeça cheia”. (Danilo)

“As pessoas [para as quais presta serviços] entendem e até elogiam, falam que me veem como uma pessoa forte, guerreira, que luta e que quer melhorar, sabe?” (Olívia).

Eu me acho capaz de trabalhar em determinados lugares. Eu trabalho num lugar que eu sou amada, valorizada, num lugar que sou acolhida. Agora se eu trabalhasse numa [empresa de telemarketing e cobrança] da vida, eu não ficaria uma semana”. (Miriam)

Estudos são categóricos em afirmar que as relações de trabalho consistem em fatores de proteção ou adoecimento dos trabalhadores de forma geral. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e OMS recomendam que as empresas adaptem o labor a ambientes saudáveis de convivência, sendo um fator de agravamento para recaídas, desligamentos e piora de quadros no caso das pessoas com transtornos mentais graves (Fernandes *et al.*, 2019; Reinheimer; Silva, 2019). Defendem, também, a minimização das barreiras tecnológicas, referentes à eliminação de dificuldades relacionadas à execução de tarefas e facilitação do aprendizado para mitigar preconceitos e estereótipos, na promoção de ambiente acolhedor e respeitoso às diferenças (Sasaki, 2009; Martini *et al.*, 2019).

Sandro expõe a desvalorização de sua força de trabalho e a falta de garantia de direitos pelo vínculo informal de trabalho:

“Trabalho 8 h. Recebo 70 reais a diária. Esse trabalho que eu tô fazendo é mais no final de semana. Final de semana e feriado. O que eles falam que o certo da diária é 90. Geralmente eu trabalho mais do que seria o normal né? Então 90 ou 100 seria o preço justo”.

Relata que se adaptou melhor a esta modalidade:

“Eu tive problema de depressão porque trabalhava muito, por causa de supervisor, encarregado enjoado. Então eu cheguei a estressar por causa disso e cheguei a ficar afastado [sobre quando trabalhou em frigorífico]. Esse trabalho que eu tô fazendo é mais no final de semana. Final de semana e feriado”. (Sandro)

E pleiteia por melhores condições de trabalho

“Como eu não estou satisfeito nesse emprego, eu estou procurando outro emprego. Quero um serviço que registra carteira.” (Sandro)

Outras insatisfações e dificuldades relatadas pelos (as) participantes associaram-se mais às condições gerais de trabalho, às quais qualquer trabalhador (a) poderia estar submetido (a), como desgaste em virtude da natureza do trabalho, relações interpessoais e qualidade do sono.

“O que eu não gosto são os locais que eles me colocam pra trabalhar, que não tem facilidade pra eu ir de ônibus. (Sandro)

“Tem dia que a gente sai dali muito esgotado, então tem de ter um jogo de cintura referente a como a gente está para não ficar pior. Acho que é meio termo.” (Bianca)

“Quando estou trabalhando tem aquele compromisso de levantar cedo todo dia. Piora [o sono]. Fica naquela tensão, tem que dormir, tem de estar descansado”. (Danilo).

A baixa remuneração também foi comentada pelos (as) participantes. Estudos mostram que o ganho financeiro oriundo das atividades de geração e renda é baixo, não contribuindo significativamente na independência financeira dos usuários (as) envolvidos (as) (Martins *et al.*, 2018).

Claudio e Edna mostram as dificuldades de funcionamento das oficinas de geração de renda em relação à produção/comercialização dos produtos. Apesar do significado da RAPS e dos CECOs, a regulamentação de recursos financeiros às atividades de cultura, lazer, trabalho e geração de renda, não representam investimentos segundo as necessidades apresentadas (Amarante; Nunes, 2018).

Além das dificuldades na mobilização e sustentação dos grupos de usuários(as), existem entraves gerados pelos(as) gestores(as) na autorização à divulgação e comercialização das produções realizadas nos serviços comunitários, o que recomenda o Plano Nacional de Economia Solidária (Brasil, 2006).

“Se você for viver de artesanato, não compensa. As pessoas não dão valor no artesanato. De vez em quando tem uns que encomendam. Inclusive na época da Associação nós procuramos em vários lugares.” (Claudio)

“Se tivesse um projeto eu me empenharia 100% e se eu levasse essa proposta para o grupo eles iam pensar da mesma forma, se movimentar pra comprar barraca, seja lá o que for. A gente precisa do espaço e de autorização porque eu já pensei em pegar esses tapetes e levar pra algum lugar e vender, mas eu tenho medo de algum fiscal passar e não ter autorização e dar problema, então eu quero uma coisa bem bonitinha.” (Edna)

De outro lado, Martins *et. al.* (2018) pontuam a importância de realização dos empreendimentos junto à comunidade geral, como tentativa de superação às concepções de trabalho atreladas a ideia de tratamento e ocupação, difícil de ser rompida por conta do que realizá-las estritamente dentro dos serviços.

Ainda que a renda advinda do artesanato seja escassa, Claudio narra sua

satisfação pela atividade e assim, podem ser identificados diferentes sentidos atribuídos ao trabalho e remuneração. Estudos mostram que o ganho financeiro oriundo destas atividades é baixo, não interferindo significativamente na independência financeira, mas se justificando pelo bem-estar, diminuição de ociosidade, promoção da circulação social, construção de afetos e enriquecimento da subjetividade, mostrando o valor terapêutico do trabalho a partir de objetivos maiores (Silva *et al.*, 2022).

Um dos participantes do estudo fez menção ao *termo deficiência psicossocial e à construção de políticas de empregabilidade*:

“Eu nem sei se eu teria entrado lá se você não tivesse falado sobre deficiência psicossocial, pra eu ter chegado e procurado sobre isso”. (Luciano)

Tal possibilidade pode ser amplamente explorada pelos diversos pontos da Rede SUS e pelas instituições envolvidas na geração de emprego e renda, posto que persiste o desconhecimento da população em relação às políticas.

3.5 Significados do Trabalho

Na perspectiva dos (as) participantes, o trabalho perpassa por uma gama de significados. A sobrevivência e independência financeira foram indicadas:

“Se eu não tiver nada para fazer, não tenho serviço, não tenho dinheiro, não tenho meu ganha-pão todo mês. Aquilo me deixa um pouco mais para baixo. Eu não gosto de ficar dependendo das pessoas, eu acho antiético” (Bianca).

“Busca por liberdade financeira, né? Conseguir ter um salário que acho interessante, que vai atender às minhas necessidades. Esse é o motivo de sempre eu estar estudando, aprendendo alguma coisa, que nem os cursos que eu tava fazendo, tanto pra ter melhora do serviço como no financeiro também. Eu fiz curso, é mais pra trabalhar na administração. (Sandro)

A questão financeira foi relacionada, também ao empreendedorismo e ao empoderamento feminino:

“Eu costumo falar que se me der 80 centavos eu faço virar 8 reais, 8 reais faço virar 80, 80 faço virar 800 e aí vai. Eu não consigo me ver chegando pro meu marido e pedindo dinheiro, ‘dá um dinheiro pra pintar o cabelo. Me dá um dinheiro pra pintar a unha’. O dinheiro que eu consigo eu ajudo marido, ajudo neto, ajudo filho, a comprar remédio pro meu pai”. (Edna)

“É o meu dinheiro, eu compro o que eu quero. É muito bom saber que eu tenho esse meu lado e eu consigo, que eu não dependo só do meu esposo. Quero a minha independência, entendeu?” (Olívia)

É possível, assim, afirmar que questões financeiras geram motivações primárias ao trabalho, ocupando grande representatividade para os (as) participantes. Significa, concretamente, a (re) construção do processo de contratualidade social sob todos os aspectos da condição humana (Hasky; Frare, 2016). Destarte, a noção de trabalho parece ultrapassar o sentido de satisfação das necessidades como único fim.

Para Ferraz e Fernandes (2019), faz-se necessário negar o trabalho em sua forma assalariada para que este seja uma realização humana, no que se refere ao desenvolvimento pleno de suas capacidades (sensibilidade, intelectualidade, senso estético, sexualidade), segundo o que seja considerado como condições de desenvolvimento humana para Antunes. Necessidades estas que não devem ser confundidas com condições básicas de subsistência.

Outro significado do trabalho destacado pelos (as) participantes, foi a ocupação da mente, do tempo e do corpo:

“Eu acho assim, que trabalhar ocupa a mente. Todo mundo fala assim, então, deve ser. O trabalho contribui para minha saúde porque não fico parado, eu faço algum movimento e me ajuda. Igual minha área (...) tem de fazer força.” (Danilo)

Como possibilidade de afirmação da identidade, de subjetividade e de sociabilidade, os (as) participantes ponderaram sobre a possibilidade de aprender, de desenvolver habilidades de diferentes modos.

“É uma oportunidade da gente aprender coisas novas”. (Sandro)

“É uma oportunidade de fazer da minha maneira, certas obrigações. Posso fazer do meu jeito, embora num certo limite estabelecido, mas eu posso fazer do meu jeito” (Luciano)

“Eu gosto dessa área porque gosto de ver aquelas peças, fico pensando como que o cara monta aquilo ali. Eu ainda tenho muito para aprender. Fiz o de aprendizagem e metade do técnico... tem muito o que aprender ainda”. (Danilo)

“A gente não é obrigado a fazer tudo, mas tem de fazer um pouco de tudo e

gostar nem que seja um pouco, senão não faz bem feito. Eu não acho serviço ruim, falam que é ruim, trabalhar e tal... porque o Criador fala, viva do seu próprio suor, não é só de pão que vive o homem.” (Lauro)

Assim, “fazer do meu jeito” equivale a defender as diferentes possibilidades para a realização de uma mesma tarefa e/ou função, desconstruindo o capacitismo e as métricas homogeneizadoras.

O reconhecimento social e a dignidade permearam as reflexões dos (as) trabalhadores (as)

“O trabalho representa minha integridade física, moral, mental e social. Quando você trabalha você tem dignidade e não procura fazer coisas erradas. Você tem objetivo de crescer na vida. Quando você não trabalha, a sua mente está aberta pra qualquer coisa”. (Warley)

“Eles vêm assim, 'nossa, temos uma concursada dentro de casa'. Fico feliz de ver que foi uma conquista. Eles estarem felizes. Fico feliz por eles estarem felizes por mim e por eu ter conseguido algo”. (Bianca)

Como explorado anteriormente, a ligação entre trabalho, desemprego e saúde mental é tratada na literatura. Embora também seja reconhecido o impacto do estresse no trabalho na saúde e bem-estar, dados apontam que aproximadamente 90% das pessoas com transtornos mentais graves e 50% da população com deficiência física ou sensorial estão desempregados (Soeker *et al.*, 2019). A pesquisa apontou a importância de explorar o quanto o trabalho pode contribuir para a saúde, pois os (as) participantes foram unânimes em afirmar que o quanto ele contribui para sua saúde:

“O trabalho contribui para minha saúde porque não fico parado, eu faço algum movimento e me ajuda. No meu trabalho eu tenho de fazer força” (Danilo).

“Eu pensei que seria um desafio muito grande e que eu não iria conseguir. Eu acho que só de chegar onde estou já foi uma conquista. Agora me sinto bem segura. Se eu não trabalhasse, eu acredito que estaria um pouco pior porque querendo ou não a gente ter algo para fazer é um incentivo para estar melhor”. (Bianca)

“O trabalho significa disposição, alegria, vida, edifica o pensamento, a gente está colaborando com alguém, com o mundo, com alguma coisa. (...) Estou alfabetizando a minha sogra, você acredita?” (Miriam)

Para Luciano, o trabalho é um modulador psíquico porque favorece sua própria organização no cumprimento de tarefas que lhe são atribuídas, em tempo em

espaço para conseguir estar no local de trabalho (Muniz; Abrahão; Tavares, 2017).

“O trabalho me obriga a cumprir horário, a me organizar de certa forma. Eu pedi redução de carga horária. Não basta ser considerado deficiente, tem de haver de fato uma necessidade mesmo. Eles quiseram fazer uma experiência. Eu tô me sentindo um pouco culpado por isso, mas ainda bem que tá acontecendo... senão o meu salário estaria [comprometido]. Eles me deram por um ano. (Luciano)

“Eu digo que eu queria ter uma carreira. A minha questão não é chegar e dizer ‘ah eu sou advogada’. Eu queria mais um trabalho que estimulasse mais o meu conhecimento, o meu cognitivo. Mas o que eu tenho feito? Chego em casa, faço janta e vou estudar. Vou estudar alguma coisa, aleatória, mas eu vou estudar”. (Miriam)

“Eu queria que minha família me aceitasse do jeito que eu sou e eles não me aceitam. Falam que tô doida, eu falo que doida eu num tô, mas tô desregulada e preciso tomar remédio. Eles queriam que eu jogasse meus remédios fora. Não tem jeito. Não posso, não posso, não posso!” (Edna)

“De eu estar com a mente ocupada, de estar fazendo uma coisa que eu gosto. Quando não estou trabalhando eu tenho que aguentar, falando que não trabalho. Quando eu estou trabalhando, eu sou bem visto tanto em casa quanto fora também.” (Sandro)

Ante os posicionamentos dos (as) participantes, é possível afirmar que o trabalho representa ampliação da participação social, aprimoramento dos processos subjetivos, identitários e de recuperação mediante novas perspectivas e projetos. A possibilidade de trabalho oferece melhoria da qualidade de vida pela satisfação das necessidades materiais, apreciação dos esforços realizados, construção de autoimagem mais positiva e desenvolvimento de potencialidades cognitivas e emocionais (Martini *et al.*, 2017; Gomes, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que ter um diagnóstico de transtorno mental grave em qualquer fase da vida gera dificuldades em etapas importantes para o desenvolvimento pleno de capacidades e habilidades, seja na escolarização ou qualificação profissional. Há uma interação entre o impacto causado pela “doença”, possíveis interrupções e dificuldades de retorno à escola, formação profissional ou trabalho, barreiras sociais desencadeadas pelo estigma, dificuldades financeiras para conciliar qualificação profissional, tratamento e subsistência, somada à carência de políticas públicas de empregabilidade.

Mesmo que a condição de viver com transtorno mental grave traga limitações ao funcionamento social, ocupacional, prejudicando motivações e perspectivas, o não trabalho pode representar insegurança, isolamento, quadros depressivos e, em alguns casos, pode ser mais nocivo que uma tentativa de trabalho malsucedida. Características individuais, incluindo gravidade/estabilização dos sintomas, interesses, histórico de vida de cada participante, redes estabelecidas, entre famílias, empregadores e profissionais da RAPS devem ser consideradas.

O diagnóstico em saúde mental causou interferências no modo de inserção no trabalho. A escolarização das pessoas com transtorno mental grave, em todas as etapas da vida, deve receber maior investimento na formação dos profissionais quanto às peculiaridades curriculares, pedagógicas e barreiras atitudinais, facilitando o aprendizado e travessia escolar de cada sujeito.

Processos formativos podem contribuir para a mitigação dos preconceitos relacionados a questões diversas, seja de natureza comportamental, cognitiva, ou funcional no que se refere à ‘doença mental’, instalando formas mais aceitáveis na lida com a pessoa que vive com transtorno mental grave, favorecendo sua trajetória pessoal e profissional.

Iniciativas voltadas ao aprimoramento de habilidades específicas como leitura, interpretação, inclusão digital entre outras formas que favoreçam a qualificação profissional e inserção laborativa de pessoas com sofrimento psíquico são funções a serem compartilhadas por todos os integrantes da Rede SUS e outros dispositivos, como a assistência social e educação.

O trabalho foi considerado mais aglutinador de saúde do que de adoecimento,

porém os fatores estressores devem ser observados, em especial àqueles voltados à carga horária, sobrecarga e falta de orientação quanto a tarefas a serem executadas, natureza da tarefa a ser executada (monotonia, repetição, sobrecarga física e mental, autonomia), organização/execução de tarefas, ambiente de trabalho e relações interpessoais (apoio social, violências, assédio, entendimento de ordens).

A análise da política de saúde mental e do trabalho da pessoa com transtorno mental grave evidenciou que cabe aos serviços especializados em saúde mental fomentar o envolvimento e fortalecimento da família na descoberta de habilidades e interesses para uma vida mais criativa e autônoma. Há necessidade de aprimoramento de profissionais de saúde que possam encorajar os (as) usuários (as) no desenvolvimento de estratégias de acessibilidade, oferta de suporte qualificado e longitudinal aos empregadores, no encorajamento à participação, ao ingresso e à permanência do trabalhador/usuário de saúde mental em ações comunitárias diversas e inserção social por meio do trabalho.

Ações intersetoriais a partir de grupos comunitários diversos podem contribuir para desmistificação do estigma relacionado à periculosidade, incapacidade e dependência em torno das pessoas com transtorno mental grave. Cabe a incorporação efetiva dos princípios da intersetorialidade, por gestores e trabalhadores, como estratégia essencial ao avanço da Reforma Psiquiátrica, envolvendo políticas, setores e instituições de áreas diversas.

.Um número aquém de pessoas que vivem com transtornos mentais graves estão inseridas no mercado de trabalho através da Lei de Cotas, o que pode ser justificado em especial pelo estigma e estereótipo direcionados a este público, acrescido das dificuldades na escolarização/profissionalização, do desconhecimento /ausência na divulgação de ações afirmativas na garantia de direitos, como o programa de Aprendizagem Profissional, Lei de Cotas e BPC Trabalho, baixa procura pelas vagas de trabalho por este público, baixa oferta/adesão pelas empresas.

Esta pode ser uma realidade encorajadora à discussão e divulgação de informações sobre a Lei de Cotas através dos serviços comunitários de saúde, diante das limitações, em diferentes aspectos, das atividades de geração de renda ofertadas. Neste contexto, é fundamental dar continuidade às pesquisas sobre experiências brasileiras sobre o trabalho apoiado para a inserção da pessoa com transtorno mental grave ao mercado formal.

Neste estudo junto aos (às) trabalhadores (as) do interior de Minas Gerais, o vínculo informal foi apresentado pelos (as) participantes como possibilidade de manejo de carga horária e do acolhimento de suas demandas por cuidado. Há que se problematizar o quanto esta flexibilidade pode desdobrar-se, no curto e médio prazo, em perda de direitos e em inserção precarizada no mercado de trabalho. Sugere-se maior realização de pesquisas com foco no desenvolvimento de estratégias de adaptação e enfrentamento a serem utilizadas por indivíduos com transtornos mentais graves no mercado de trabalho.

Destaca-se a falta de informação, resistência e recusa no reconhecimento do transtorno mental grave enquanto deficiência e as implicações sociais referentes a isto. Torna-se importante o aprimoramento dos profissionais da saúde mental no envolvimento a propostas de reinserção social pelo trabalho, o desenvolvimento de estratégias de apoio no acompanhamento às singularidades de cada caso atendido, assim como o acompanhamento longitudinal a usuários, familiares, empregadores e colegas.

A natureza qualitativa do estudo empreendido permitiu aprofundar o diálogo com trabalhadores (as) sobre seu processo de adoecimento, histórico laboral e o modo como compreendem o trabalho da pessoa com transtorno mental grave. Destarte, não é possível estabelecer generalizações. Há que se investir na ampliação de estudos que possam acompanhar a história laboral pós-diagnóstico, de modo a garantir a avaliação do quanto os serviços de saúde mental e as políticas públicas tem incidido em melhorias, enriquecendo a compreensão dos desdobramentos das demandas de saúde mental na família, a precarização do trabalho e a importância dos direitos sócio assistenciais para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; CAVALCANTE, Elaine Alane Batista; ALENCAR, Bruno Rodrigues. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 4, p. 489-495 2012. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/251/249>. Acesso em: 10 out. 2022.
- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de Saúde Mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- ALMEIDA, Lilian Carla de *et al.*. Trabalho e desemprego entre pacientes com transtornos mentais. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44522>. Acesso em: 01 out. 2023.
- AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (orgs.). **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Zagadoni, 2018.
- ANTUNES, Lucas Silveira; OLIVEIRA, Valdenir Martins de. A produção de sentido sobre o trabalho de portadores de esquizofrenia. **Psicologia-Tubarão**, 2019. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/10457>. Acesso em: 11 out. 2023.
- ARENAS, Andrea del Pilar; MELLO-TRUJILLO, Didier Evander. Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. **Hacia La Promocion de la Salud**, 2021; 26(1):69-83. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/351481675_Una_mirada_a_la_disapacidad_psicosocial_desde_las_ciencias_humanas_sociales_y_de_la_salud. Acesso em: 8 set. 2022.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; LIMA, Eduardo de Paula; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?cluster=12484393732099763687&hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0,5. Acesso em: 9 nov. 2023.
- BARROS, Victória Junqueira *et al.* A gente quer comida, diversão e arte: em defesa dos Centros de Convivência em tempos de crise. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. 1, p.1-12, 2018. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/289>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 69, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20N%2010.216%2C%20DE,Art. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.097, de 19 de dezembro de 2000.** Dispõe sobre a proteção do trabalho do menor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2000. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10097.htm. Acesso em: 11 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005.** Dispõe sobre as diretrizes para os Centros de Convivência e Cultura. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 130, p. 60, jul. 2005.

BRASIL. **Portaria Conjunta MDS/INSS.** Institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, conforme estabelece o art. 16, § 3º, do Decreto n.º 6.214, de 26 de setembro de 2007, alterado pelo Decreto n.º 6.564, de 12 de setembro de 2008. Disponível em:
<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=212717>. Acesso em: 04 out 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003- 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jan. 2007. 85 p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 134 p. Disponível em: 05_0661_M.indd (saude.gov.br). Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto n.º 6. 214 de 26 de outubro de 2007.** Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n.º 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília, 2007.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial,** 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em:
https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e

outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 2.516, de 21 de setembro de 2020**, dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/09/portaria2516.pdf> Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Economia Solidária. 1o Plano Nacional de Economia Solidária 2015 - 2019: para promover o direito de produzir e viver de forma associativa e sustentável. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/983/1/plano_nacional_de_ecosol_12062015_com_capa.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021**, Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para estabelecer critério de renda familiar per capita para acesso ao benefício de prestação continuada, estipular parâmetros adicionais de caracterização da situação de miserabilidade e vulnerabilidade social e dispor sobre o auxílio-inclusão de que trata a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência); autoriza, em caráter excepcional, a realização de avaliação social mediada por meio de videoconferência; e dá outras providências. Brasília Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14176.htm Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. 3a ed., Brasília, DF, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). 2014. 256p. Disponível em: https://www.gov.br/governodigital/pt_ada.pdf. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. **Precisamos falar sobre capacitismo**. Brasília, DF, Secretaria Nacional de Assistência Social. 2021. 47p. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1VNjaGKmL7HUAH> Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL, Dayane Degner Ribeiro; OLIVEIRA, Rafael Wolski de; LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. Reinserção ao trabalho a partir da vinculação em oficinas de geração de renda. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 13, n. 34, p. 15-30, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76864>. Acesso em 03 set. 2023.

CLARK, Victoria, BRAUN, Virginia.; HAYFIELD, Nikki. Análise temática.

In: SMITH, Jonathan A. (org.). **Psicologia qualitativa**. Um guia prático para métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Vozes, 2019, p. 295-327.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; RAMALHO, Walter Massa; ZANELLO, Valeska. Saúde Mental e gênero: o perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/35362>. Acesso em: 08 out. 2023.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; MAGALHÃES, Yasmin Bezerra. Analfabetismo e saúde mental: o discurso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista FSA**, v. 16, n. 4, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2051>. Acesso em: 10 mar. 2023

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; CRUZ, Daniel Marinho Cezar da; MAGALHÃES, Yasmin Bezerra; RODRIGUES, Daniela da Silva. Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. 310-319, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310319>. Acesso em: 15 jul 2023.

CAMARGO, Mário Lázaro; GOULART JÚNIOR, Edward; LEITE, Lúcia Pereira. O Psicólogo e a Inclusão de Pessoas com Deficiência no Trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n.º 3, 799-814, 2017. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.scielo.br/j/pcp/a/ngsbyT5Xz7JLTJnZCXPbRdC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 08 fev. 2023.

COSTA, Ana Maria Machado. O reconhecimento da pessoa com transtorno mental severo como pessoa com deficiência: uma questão de justiça. **Inclusive: inclusão e cidadania**, 26, 2011. Disponível em: https://www.inclusive.org.br/wpcontent/uploads/O_reconhecimento.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

COSTA, Felizardo Tchiengo; Bartolomeu; JUSTO, José Sterza. Dilemas da (re) inserção pelo trabalho na saúde mental. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 202– 219, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29210/21453>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FAGUNDES, Giselle Soares; CAMPOS, Mônica Rodrigues; FORTES, Sandra Lúcia Correia Lima. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2311- 2322, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/216754088_Guia_Pratico_de_Matriciamen_o_em_Saude_Mental. Acesso em: 07 set. 2023.

FERNANDES, Márcia Astrês *et al.* Adoecimento mental e as relações com o trabalho: estudo com trabalhadores portadores de transtorno mental. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 3: 277 - 286, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v16n3a04.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

FERRAZ, Deise Luiza da Silva; FERNANDES, Paula Cristina de Moura. Desvendando os sentidos do trabalho: limites, potencialidades e agenda de pesquisa. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 22, 2, pp. 165-184, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490>. Acesso em 9 abr 2022.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, 2011, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GEREMIAS, Alessandra Renata; ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo César; LUCCA, Sérgio Roberto de. Histórias de vida e estigma de trabalhadores com transtornos mentais acompanhados em ambulatório. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 24, n. 1, p. 51-64, 2021. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsair&AN=edsair.doi376a506c580fb748f3c7df84a0c8542a&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 19 dez. 2023. Acesso em: 23 fev. 22.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva. Apontamentos sobre a inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 15, n. 39, 2017. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/30383>. Acesso em: 03/08/2021.

HASKY, Flavia; FRARE, Ana Paola. A concessão de benefícios e a aposta na singularidade: um desafio para a Saúde Mental. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, mar. 2016, São Paulo, 19(1), 99-113. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n1p99.8>. Acesso em: 28 out. 2023.

KINOSHITA, R. T. (2016). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 69-74). São Paulo: Hucitec.

LUIZ, Carolina Con Andrades; LEAL, Erotildes Maria; GALLETTI, Maria Cecília. Desafios enfrentados por usuário(a)s da saúde mental: reflexões sobre narrativas acerca do trabalho dentro e fora de oficinas de geração de trabalho e renda. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 29 (1), p. 63-69, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/140212>. Acesso em: 19 ago. 2021.

MARCHESANI, Andressa; CARPENEDO, Rejane Fiepke. Capacitismo: entre a designação e a significação da pessoa com deficiência. *Revista Trama*, v. 17, n. 40, p. 45-55, 2021. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/trama/article/view/26199> Acesso em: 03 set. 2023.

MARTINI, Larissa Campagna *et al.* Experiência laboral e inclusão social de indivíduos com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 44, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000022418>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MARTINS, Amanda Oliveira et al. Trabalho como estratégia de reabilitação psicossocial: desafios e potencialidades de uma oficina de trabalho. *Revista de Psicologia da UNESP*, 17(2), 51- 61, 2018. Disponível em: <https://www.revpsicounesp.org/index.php/revista/article/view/287>. Acesso em: 08 jun. 2021.

MARTINS, Laércio. Às Imagens, As Sombras do Porvir: 30 anos da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Diorito*, 2(1), 88-121, 2018. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?cluster=7385570007454894779&hl=pt-BR&as_sdt=2005&scioldt=0,5. Acesso em: 27 ago. 2023.

MAZARO, Lisabelle Manente; MATSUKURA, Thelma Simões; LUSI, Isabela Aparecida de Oliveira. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, 127-146. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1880>. Acesso em: 04 ago 2021.

MELLO, Leticia Souza; CABISTANI, Luiza Griesang. Capacitismo e lugar de fala: repensando barreiras atitudinais. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, 2019, n. 23, 118-139. Disponível em: <https://revistadpers.emnuvens.com.br/defensoria/article/view/112>. Acesso em: 03 jun. 2023.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, Ramiz Candeloro Pedrosa de; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Sentidos e processos psicossociais envolvidos na inclusão pelo trabalho na saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, p. 748-762, 2016,. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/njC3shgXcpjzK58ykVytnvB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 out. 20.

APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa: EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO DE USUÁRIO/AS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. O objetivo desta pesquisa é compreender possíveis relações entre a inserção no mercado de trabalho formal e informal e o processo de reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais graves atendidas em serviços comunitários de saúde mental. Sua participação é importante, para que possamos compreender como tem ocorrido a inserção das pessoas atendidas em serviços de saúde mental no mercado de trabalho (formal e/ou informal), as contribuições para o processo de reabilitação psicossocial e identificar os desafios enfrentados. Estudos como este podem contribuir para melhorias na atenção à saúde e a construção de políticas e programas voltados à promoção da reabilitação psicossocial.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário conceder uma entrevista na qual conversaremos sobre suas características pessoais (autodeclaração étnica, idade, religião, naturalidade, escolaridade, renda familiar, acesso à aposentadoria ou benefício, entre outros), acesso aos serviços de saúde e experiências relacionadas ao trabalho. Você poderá definir o melhor dia, horário e local para a realização da entrevista. A entrevista poderá ocorrer em espaço da instituição de saúde na qual é atendido, em espaço da universidade ou em seu domicílio. Caso prefira, a entrevista poderá ocorrer em plataforma virtual (Google Meet ou Microsoft Teams). Estima-se que a entrevista durará cerca de quarenta minutos.

Os riscos desta pesquisa são a quebra de sigilo, anonimato e privacidade. Para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: realização da entrevista em espaço com condições de sigilo e privacidade. A transcrição das entrevistas será feita sem a identificação do(a) entrevistado(a). No lugar do nome será feita a atribuição de um número ou outro tipo de código a cada participante.

Espera-se que de sua participação na pesquisa seja possível valorizar sua trajetória e suas experiências de trabalho, assim como contribuir para que instituições da rede de atenção psicossocial possam compreender os desafios enfrentados e desenvolver ações para o fortalecimento do cuidado e das iniciativas voltadas à inserção no trabalho.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio das pesquisadoras do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Rubrica do(a) participante	Data	Rubrica da pesquisadora	Data

Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto às pesquisadoras, ou prejuízo quanto à continuidade de seu acompanhamento nos serviços de saúde mental, bastando você dizer às pesquisadoras que lhe entregou este documento.

Você não será identificado (a) neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas das pesquisadoras da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato das pesquisadoras:

Nome: Rosimár Alves Querino

E-mail: rosimar.querino@uftm.edu.br - Telefone: 34-3700-6924

Endereço: R. Vigário Carlos, 100 - Sala 429 - Bairro Abadia, Uberaba - MG, CEP - 38025-440

Nome: Juliana Martins Watanabe

E-mail: jumartins.w27@gmail.com - Telefone: 34- 9 99774495; 34- 3210 6621

Endereço: Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia. Avenida João Naves de Ávila, 2121 – Bairro Santa Mônica, Uberlândia – MG, CEP 38408-100

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 ou pelo e-mail cep@uftm.edu.br. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto à sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Rubrica do(a) participante	Data	Rubrica da pesquisadora	Data

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o atendimento em serviços de saúde mental que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO DE USUÁRIO/AS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL e receberei uma via assinada deste documento.

_____, ____/____/____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da pesquisadora assistente

Telefone de contato das pesquisadoras:

Rosimár Alves Querino (34-991073530)

Juliana Martins Watanabe (34- 9 99774495)

Rubrica do(a) participante	Data	Rubrica da pesquisadora	Data

APÊNDICE 2 ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Perfil Sócio Demográfico

- ✓ Idade
- ✓ Sexo/Gênero
- ✓ Estado civil
- ✓ Religião/Espiritualidade
- ✓ Naturalidade
- ✓ Auto declaração étnica
- ✓ Possui filhos? Se sim, quantos?
- ✓ Escolaridade: realização de curso profissionalizante? Se sim, qual curso?
- ✓ Encontra-se na situação de emigração ou imigração?

Renda

- ✓ Você é aposentado?
- ✓ Recebe algum benefício do INSS: aposentadoria, BPC/LOAS ou auxílio doença?
- ✓ Qual é sua renda pessoal no momento?
- ✓ Com quem mora atualmente? Indicar pessoas e vínculos.
- ✓ Qual é a renda familiar?
- ✓ Quem contribui para esta renda familiar e de que forma (tipo de trabalho/vínculo trabalhista/rendimento)?
- ✓ Algum integrante de sua família (que more contigo), está desempregado no momento? Se sim, quem, qual é a profissão?
- ✓ Algum integrante de sua família (que more contigo), recebe benefício do INSS (aposentadoria, BPC/LOAS ou auxílio doença)? Se sim, poderia nos indicar quem e qual benefício?

Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde

- ✓ Possui algum problema de saúde? (Explorar demandas diversas de saúde)
- ✓ Em relação à saúde mental, você sabe qual seu diagnóstico?
- ✓ Desde quando foi identificado seu diagnóstico?
- ✓ Seu adoecimento interfere/iu em sua vida? Como por exemplo, no âmbito da escola, trabalho, das relações sociais, familiares?

- ✓ Já vivenciou Internações psiquiátricas?
- ✓ Faz uso abusivo de álcool/outras drogas? Se sim, qual o consumo diário/semanal?
- ✓ Possui plano (convênio) de saúde?
- ✓ No bairro onde mora existe unidade básica de saúde (UBS) ou equipe saúde da família (ESF)? Se sim, você e sua família são atendidos na UBS ou pela ESF?
- ✓ Em quais serviços de saúde do SUS você já foi atendido?
- ✓ Em qual serviço de saúde mental é atendido atualmente? (Sugestão: caso não seja indicado, pode citar os serviços para o usuário)
- ✓ Faz uso contínuo de medicamentos? Caso faça uso contínuo de medicamentos, eles têm sido oferecidos pelo SUS? Se não, como tem tido acesso aos mesmos?
- ✓ Você gostaria de registrar alguma informação relacionada à saúde que considera importante e sobre a qual não conversamos?
- ✓ Nas instituições de saúde onde é atendido, há alguma iniciativa que contribua para geração de renda ou inserção no mercado de trabalho?
- ✓ Caso haja iniciativas, pode nos contar quais são?

Trabalho e Adoecimento

- ✓ Você considera que uma pessoa com diagnóstico de transtorno mental grave possa trabalhar? Se considerar que não, por que?
- ✓ O que o trabalho significa em sua vida?

Histórico Laboral e Relações com o Adoecimento

- ✓ Como foi sua trajetória laboral? (Explorar temas como: Como e onde começou a trabalhar? Que funções já desempenhou?)
- ✓ Qual foi o tempo de permanência nesta função/atividade?
- ✓ Quando teve seu diagnóstico relacionado à saúde mental você estava trabalhando?
- ✓ Seu adoecimento interferiu em seu trabalho?
- ✓ Em sua avaliação, o trabalho contribuiu para seu adoecimento?
- ✓ Em sua avaliação, atualmente o trabalho contribui para sua saúde?

- ✓ Quais os efeitos de se trabalhar e não trabalhar na sua vida? (Sugestão para desmembrar a questão. Mantivemos. Lembrar de perguntar para a pessoa ambos casos)

Trabalho atual

- ✓ Está trabalhando no momento?
- ✓ Qual sua ocupação laboral atual?
- ✓ Quais tarefas/atividades realiza?
- ✓ Quanto tempo na atividade ou função?
- ✓ Qual o tipo de vínculo trabalhista?
- ✓ Como você define o atual ambiente de trabalho e as pessoas com quem trabalha?
- ✓ Como você se sente em relação ao trabalho que você realiza?
- ✓ Como você avalia sua remuneração e a atividade realizada?
- ✓ Você tem encontrado dificuldades e facilidades no trabalho que realiza? Se sim, quais?
- ✓ Quais são suas motivações para o trabalho? (Explorar: busca por autonomia/independência; necessidade financeira; ocupar o tempo; outro motivo)
- ✓ Quais são suas conquistas relacionadas ao trabalho?
- ✓ O trabalho influencia suas relações familiares e com outras pessoas (dentro e fora de seu convívio direto)?
- ✓ Você gostaria de registrar alguma informação relacionada ao trabalho que considera importante e sobre a qual não conversamos?