

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Lilium Magda Campos Costa

**TRABALHO AINDA QUE TAN TAN:
os trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente e a inclusão de pessoas
em sofrimento mental no mercado formal de trabalho.**

Belo Horizonte
2023

Lilium Magda Campos Costa

**TRABALHO AINDA QUE TAN TAN:
os trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente e a inclusão de pessoas
em sofrimento mental no mercado formal de trabalho.**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Segundo Salej Higgins

Belo Horizonte
2023

301	Costa, Liliam Magda Campos.
C837t	Trabalho ainda que tan tan [manuscrito] : o trabalhadores e
2023	trabalhadoras da linha de frente e a inclusão de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho / Liliam Magda Campos Costa.. - 2023. 147 f. : il. Orientador: Silvio Segundo Salej Higgins. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia. 1.Sociologia – Teses .2. Trabalho – Teses. 3. Saúde mental - Teses . I. Higgins, Silvio Salej. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ATA DE DEFESA DE TESE

Aos 12 (doze) dias do mês de julho de 2023 (dois mil e vinte e três), reuniu-se a Banca Examinadora de Defesa de Tese de Doutorado da discente **Liliam Magda Campos Costa**, intitulada: "TRABALHO AINDA QUE TAN TAN Os trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente e a inclusão de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho". A banca foi composta pelos (as) professores (as) doutores (as): **Silvio Segundo Salej Higgins** (Orientador - DSO/UFMG), **Jorge Alexandre Barbosa Neves** (DSO/UFMG), **Luciano Mattar** (PPGS/UFMG), **Davidson Afonso de Ramos** (UFVJM) e **Velcimiro Inácio Maia** (UFSJ). Procedeu-se a arguição, finda a qual os membros da Banca Examinadora reuniram-se para deliberar, decidindo por unanimidade pela:

Aprovação da Defesa (x)

Reprovação da Defesa()

Belo Horizonte, 12 de julho de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Luciano Mattar, Usuário Externo**, em 12/07/2023, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Silvio Segundo Salej Higgins, Professor do Magistério Superior**, em 13/07/2023, às 07:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jorge Alexandre Barbosa Neves, Professor do Magistério Superior**, em 13/07/2023, às 09:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Velcimiro Inácio Maia, Usuário Externo**, em 13/07/2023, às 12:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Afonso de Ramos, Usuário Externo**, em 18/07/2023, às 08:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2383889** e o código CRC **11CA8F1D**.

Dedico a meus pais e à minha filha,
Luiza Campos.

AGRADECIMENTOS

Cantam o Bituca e o Clube da Esquina que sonho é viagem de ventania e, é! Aventurei-me aos 46 anos no curso de doutorado e posso afirmar que o caminho a trilhar nem sempre é fácil, pelo contrário, é árduo. Exige coragem, disciplina, esforço, resiliência, paciência, apoio familiar, uma rede potente de amigos, uma ideologia para viver e muita admiração pela ciência.

Não foram raras as ocasiões em que fui interpelada sobre o porquê de uma mulher da minha idade estar querendo cursar o doutorado. Para muitos, isso só poderia ser explicado pela rebeldia de uma mulher que não aceita e/ou não sabe do seu lugar social. Assim, cursar o doutorado representava um ato quase revolucionário da minha parte, um esforço enorme para ser conectada com meus sonhos, ideais e com a possibilidade de contribuir para as ciências sociais no Brasil. Claro que sempre ciente da pequenez daquilo que eu estava fazendo.

Sonho é mesmo chama que não tem pavio. Realizar tal feito (cursar o doutorado) não é questão nem de meritocracia, nem de sorte. Não basta contar consigo, é preciso gente que esteja disposta a sonhar junto, a te ajudar a contar o compasso. São essas pessoas que te oferecem as oportunidades para você chegar aonde você deseja. Corro o risco de não enumerar com fidelidade cada uma delas, porque foram muitas, mas vou tentar!

Primeiro, a eterna gratidão a meus pais (Honório Costa e Ceci Campos), que me oferecerem muito amor, dedicação e valores preciosos. Deles, herdei a crença de que a educação pode transformar o mundo. Se eu tivesse um momento, mesmo que fosse mínimo, com cada um deles, eu diria: muito obrigada! Ao despertarem em mim o gosto pela ciência, vocês transformaram a minha vida.

É preciso agradecer também aos céus, a Deus, à inteligência suprema, a dádiva da maternidade. Com a minha filhota Luiza recebi a oportunidade de vivenciar o maior amor que conheço, o que considero a maior boniteza do mundo. A Luiza é meu motor, uma companheira de todas as horas. Alguém que não me deixa desistir, que me encoraja dizendo: Mãe, não desiste! Vai dar certo! Enfim, é preciso ser muito grata aos céus por me dar de presente tamanha inspiração. Por isso, para você, Lui, todo o meu amor, sempre!

Agradeço também ao Marco, pela mão estendida nas horas mais difíceis. A generosidade em me auxiliar no luto, me acompanhar quando a doença veio, no deslocamento para fazer a pesquisa de campo. Enfim, por estar perto, mesmo quando eu só tinha para oferecer a minha pior versão. Obrigada de coração!

Aos meus irmãos, agradeço pela parceria, pelo cuidado, por entenderem o quanto eu destoava do nosso núcleo familiar. A alegria que ficou do Tão, de quem sinto muita saudade, me impulsiona. A sensatez e lucidez da Bia me norteiam toda vez que a intensidade que me é peculiar, me desorganiza. Assim, obrigada pelo amor, irmãos!

Aos meus cunhados (as), sobrinhos (as), sobrinhos-netos (as) e agregados (as), minha gratidão por sempre acreditarem em mim. Em especial, agradeço Nina e Nanã por tudo e por tanto. Sem a parceria, sem o auxílio em tarefas do curso, sem a cumplicidade de sempre, eu não conseguiria. Nina, que bom que tinha você para me escutar, me acolher na sua casa no dia da qualificação, me aconselhar, me fazer acreditar que era possível. Muito importante ter alguém para colocar o pé na porta todas as vezes que eu ameacei surtar. Obrigada por você existir!

Orgulho-me por ter amigos de muita qualidade. Por isso, agradeço também a todos e todas que não permitiram que meu entusiasmo se perdesse com as muitas adversidades do caminho. Sem a Ana Elisa e a Mariana eu não teria encontrado as ciências sociais. Talvez eu tivesse desistido de cursar o doutorado, por não encontrar o meu lugar. Por isso, obrigada, meninas!

No percurso de quatro anos, contei com uma equipe de amigos muito competente e amorosa para dividir as dificuldades. No caminho, sempre tinha alguém para me apoiar, apontar saídas para compatibilizar o curso e a vida. Assim, à Conceição, Giulia e Giovana agradeço o amor, a escuta, a cumplicidade e parceria para toda e qualquer situação. Obrigada por se tornarem meu porto seguro! Eu amo vocês, meninas! Agradeço também à Cida e ao Cláudio pela amizade amorosa, pela mesa para eu estudar, pelas constantes preces.

Agradeço à Beth, ao Ricardo e à Carol por me ajudarem em tudo, sempre. Peço que perdoem a minha ausência nesse tempo! Espero que saibam o quanto vocês são importantes para mim.

Não posso esquecer Lara, Fernando e Larissa pelo carinho da mão estendida, por tanto amor com a Lui enquanto eu estudava aos finais de semana. Assim, muito obrigada pela parceria!

À Lúcia, agradeço pelas longas conversas, pela escuta atenta de todas as minhas queixas, pelos esforços para tornar a minha vida mais leve, dividindo as muitas horas de acompanhante de hospital. Obrigada, amiga!

À Cristiane Otoni e família, sou grata pelo amor que acolhe, pela fé que fortalece e pela coragem que me impulsiona. Agradeço amiga, por ser meu par profissional e me

alfabetizar no universo da saúde mental. Com isso, você me ofereceu uma ideologia para viver. Obrigada por você existir!

É preciso ser grata também a quem se dedicou a cuidar da minha saúde mental. Em especial, agradeço ao Ítalo, meu terapeuta, e à Júnia, sua esposa. Sem vocês, eu, certamente, teria desistido. Vocês me fazem acreditar que, apesar de todos os atravessamentos, a vida pulsa e, que gente é para brilhar. Então, muito, muito obrigada pelo carinho de sempre!

Desde a primeira escola em Bom Jardim, em minha longa formação acadêmica, encontrei muitos (as) e grandes mestres (as). A todos e todas sou muito grata. Mas, preciso dizer de um grande achado, um encontro proporcionado pela graduação em Ciências Econômicas na década de 1990. É ao Professor Múcio que atribuo a grande reponsabilidade por minha formação como pesquisadora. Viu em uma menina de 20 anos, talentos que eu desconhecia. Ele é a pessoa em quem me espelho, é meu conselheiro, meu amigo, meu par profissional. Costumo não acreditar em sorte, defendo que são as oportunidades que proporcionam as mudanças na vida de um indivíduo. Porém, não encontrei palavra melhor para descrever a riqueza que é encontrar um professor desses no caminho. Assim, para você, Múcio, meu carinho, admiração e a eterna gratidão de sempre e para sempre.

Ao primeiro passo, asso, asso... encontrei o Professor Dimitri Fazito, a quem agradeço por me apresentar o PPGS como possibilidade para dar continuidade a meus estudos na pós-graduação. Durante os quatro anos do curso, tive a oportunidade de aprender muito com professores (as) / pesquisadores (as) competentes e comprometidos, gente muito brilhante. Também contei com a generosidade da Renata da Secretaria do Colegiado. A todos e todas, meu muito obrigada!

No decorrer do curso, o professor com quem mais convivi foi o Silvio Salej. Com ele, cursei a primeira disciplina isolada no Programa, em 2012, cursei os créditos da linha de pesquisa sociologia econômica em 2019, realizei meus dois estágios docentes em 2020 e 2021 e, recebi orientações para a realização da pesquisa por quatro anos. Nesse tempo, aprendi a admirá-lo, pois é ético e competente em tudo que faz. Professor comprometido com o processo de aprendizagem seja na graduação, seja no doutorado. Pesquisador reconhecido pela *expertise* em sociologia econômica e, mesmo sabendo tanto, extremamente generoso em dividir seu conhecimento. Agradeço, Silvio, a confiança, a dedicação à minha formação, a paciência, persistência e a leitura atenta do texto da tese. Obrigada por tudo e por tanto!

Em especial, sou muito grata por todo o carinho que recebi da corte 2019. Que turma maravilhosa! Desta, recebi de presente grandes amigos para a vida: a Amanda, o Wagner, a

Fernanda, o Ítalo, a Marina e o Elcimar. Juntos, eles fizeram com que eu nem me lembrasse de olhar para trás.

É importante também expressar meu reconhecimento às amigas que contribuíram para aprimorar o texto da tese. Assim, minha gratidão eterna à Fernanda Antunes (A Fernandinha) pela disponibilidade em auxiliar na formatação do texto, por ser mão estendida em todos os momentos. Enfim, por ser essa amiga amorosa e atenciosa que mora no meu coração. À Fátima Aleixo, agradeço pelas correções ortográficas, por doar o seu saber precioso na revisão final.

Agradeço a todas as instituições e pessoas que se dispuseram a participar da pesquisa. Um agradecimento especial ao Ministério do Trabalho e Emprego e à coordenação do Projeto de reabilitação social das pessoas em sofrimento mental através do trabalho (SRTE – MG); à Secretaria Municipal de Saúde da PBH – Gerência de Saúde Mental, principalmente às gerentes dos Centros de Convivência de todas as nove regionais do Município; à equipe do Hospital das Clínicas (UFMG), às equipes de coordenação da formação da Rede Cidadã e SENAC - MG e, à equipe de Recursos Humanos do Supermercado Verdemar. A todos (as), minha gratidão pela parceria!

É preciso também expressar a minha grande gratidão a todas as pessoas em sofrimento mental incluídas no projeto que estiveram nas observações de campo. O convívio com eles só reforça meus argumentos da validade da luta por uma sociedade livre dos manicômios. A eles, já disse, mas vou repetir: vocês, pra mim, valem ouro!

É. E lá se vai mais um dia, hora de ir. Levo o aprendizado rico que recebi ao conviver com todos e todas do PPGS e com os (as) interlocutores (as) da pesquisa. Fica a gratidão por tudo que vivi na UFMG. Permanece a certeza de que os sonhos não envelhecem, que de tudo se faz canção e, que cursar o Doutorado é feito uma música bonita, transforma. Agora, sigo. Sonhando....

*“Liberdade é pouco. O que eu
desejo ainda não tem nome.”*

Clarice Lispector (1977)

RESUMO

O intuito da pesquisa é, em linhas gerais, compreender a relação entre Estado, loucura e trabalho. Para tanto, questiona: como agentes públicos que atuam no cuidado em saúde mental e, com a inserção produtiva de pessoas com deficiência, possibilitam que pessoas em sofrimento mental (esquizofrênicos e bipolares) se transformem em agentes econômicos atuantes no mercado formal de trabalho? Na tentativa de responder tal questão, nos utilizamos da obra seminal Michael Lipsky (1980) e de sua categoria analítica, ‘os burocratas de nível de rua’. Assim como o autor, partimos do pressuposto de que o *locus* situacional dos trabalhadores da linha de frente, que atuam no projeto de inserção de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho, desenvolvido em Belo Horizonte – MG determina os benefícios que serão entregues pelo Estado a esses cidadãos. A nossa hipótese é que os atores políticos que denominamos trabalhadores (as) da linha de frente, no uso de seu poder discricionário, através de rotinas e de simplificações cognitivas, racionalizam o serviço a ser entregue aos cidadãos através da criação de critérios de elegibilidade que equilibram as demandas dos sujeitos e a escassez de recursos. A metodologia utilizada inclui 10 entrevistas semiestruturadas, realizadas com agentes públicos que atuam nos centros de convivência (SUS/PBH), nos ambulatórios de psiquiatria do Hospital das Clínicas (SUS – UFMG) e na Superintendência Regional do Ministério do Trabalho (SRTE – MG). Inclui também inserções, com observação participante, em todas as etapas de implementação do projeto, tais como: empresas, organizações do Sistema S e do terceiro setor. Conclui que as decisões desses atores políticos são redistributivas e alocativas, ou seja, eles exercem controle social e que a reforma trabalhista de 2019 criou aquilo que Lotta e Vaz (2015) denominam de zona cinzenta, em que o Estado criou mecanismos que gerou a ausência de direitos para o trabalhador beneficiário do projeto que tem uma desestabilização psíquica mais grave no trabalho. Finaliza por sugerir que, as ações de agentes públicos que operam projetos cuja finalidade é inserir a pessoa em sofrimento mental no trabalho, espalhadas pelo Brasil, devem ser investigadas. Esses parecem bons indicadores para compreender a capacidade das respostas do Estado à demanda por trabalho do dito louco.

Palavras-chave: Burocratas de nível de rua; Inserção produtiva; Cidadãos em sofrimento mental.

ABSTRACT

The purpose of the research is, in general terms, to understand the relationship between the State, madness, and work. To this end, it asks: how do public agents that work in mental health care and, with the productive insertion of people with disabilities, enable people in mental distress (schizophrenics and bipolar) to become active economic agents in the formal labor market? In an attempt to answer such a question, we use the seminal work of Michael Lipsky (1980) and his analytical category, 'the street-level bureaucrats'. Like the author, we start from the assumption that the situational locus of the frontline workers, who act in the project of insertion of people in mental distress in the formal labor market, developed in Belo Horizonte - MG, determines the benefits that will be delivered by the State to these citizens. Our hypothesis is that the political actors we call frontline workers, in the use of their discretionary power and cognitive simplifications, rationalize the service to be delivered to citizens by creating eligibility criteria that balance the demands of the subjects and the scarcity of resources. The methodology used includes 10 semi-structured interviews conducted with public agents who work in the living together centers (SUS/PBH), in the psychiatric outpatient clinics of the Hospital das Clínicas (SUS - UFMG) and in the Regional Superintendence of the Ministry of Labor (SRTE/MG). It also includes insertions, with participant observation, in all stages of project implementation, such as companies, organizations of the S System and the third sector. It concludes that the decisions of these political actors are redistributive and allocative, i.e., they exercise social control and that the 2019 labor reform created what Lotta and Vaz (2015) call a gray zone, i.e., the State created mechanisms that generated the absence of rights for the beneficiary worker of the project who has a more severe psychic destabilization at work. It ends by suggesting that, the actions of public agents who operate projects whose purpose is to insert the person in mental suffering at work spread throughout Brazil should be investigated. These seem good indicators to understand the capacity of the State's responses to the demand for work of the so-called insane.

Keywords: Street-level bureaucrats, productive insertion and citizens in mental suffering

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	34
Figura 2 – Fluxo dos Encaminhamentos dos Beneficiários do Projeto dos Usuários dos Centros de Convivência (SUS – BH).....	38
Figura 3 – Fluxo dos Encaminhamentos dos Beneficiários do Projeto Usuários dos Ambulatórios de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. (UFMG - SUS).....	41
Figura 4 - Modelo Analítico.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da Definição do sujeito da inclusão no projeto	49
Quadro 2: Forças Propulsoras para a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	55
Quadro 3 - Comparação entre o modelo de inclusão no mercado formal de Trabalho no Brasil, Belo Horizonte – MG e Inglaterra.	61
Quadro 4 – Critérios e Instrumentos de Coleta de Dados da Pesquisa	72
Quadro 5 - Marcadores sociais e locus organizacional dos trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente	74
Quadro 6 - Rotinas de Trabalho do Coordenador do Projeto.....	90
Quadro 7 - Racionalização de Recursos e Rotinas de Trabalho dos Gerentes dos Centros de Convivência.....	93
Quadro 8 - Operações Cognitivas por Intenção dos Agentes Públicos: Inclusão, Manutenção e Exclusão no Projeto.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição por Categoria da Publicação e por Eixo Temático	67
--	----

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRH	Associação Brasileira de Recursos Humanos
AIH	Autorização da Internação Hospitalar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CCC	Centro de Convivência e de Cultura
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CNP	Conselho Nacional de Psicologia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DARF	Documento de Arrecadação de Receitas Federais
EBSH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EJA	Ensino para Jovens e Adultos
E – Social	Sistema integrado do Governo Federal para Envio de Informações pelo Empregador
FINATEC	Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos
HC	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HMDCC	Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro
HOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MG	Estado de Minas Gerais
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OEI	Organização dos Estados Ibero-Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – MG
PCD	Pessoa Com Deficiência
PEARS	Programa Estrutural em Áreas de Risco
PPGS	Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais
PROJETO DE INCLUSÃO	Projeto de Inclusão Produtiva do Sujeito em Sofrimento Mental no Mercado Formal de Trabalho em Belo Horizonte (MG)
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SEESCOOP	Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo
SENAC/MG	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SLB	<i>Street-level Bureaucracy</i>
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
SMSASAC	Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania
SNDPSD	Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SRTE/MG	Superintendência Regional do Trabalho e Emprego em Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
TAI	Termo de Autorização Institucional
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. O PROJETO DE INCLUSÃO NO MERCADO DE TRABALHO DAS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL EM BELO HORIZONTE - MG: ARRANJOS INSTITUCIONAIS COMPLEXOS	25
2.1. Os Antecedentes do Projeto	26
2.2. Da Definição dos Parceiros, Planejamento da Execução e Monitoramento ao Projeto Piloto..	27
2.3. Atribuições das Instituições Envolvidas no Projeto de Inclusão.....	30
2.3.1 Superintendência Regional do Trabalho e Emprego de Minas Geais (SRTE/MG).....	30
2.3.2 As Instituições de Saúde Mental: Os Critérios de Elegibilidade na Inclusão.....	33
2.4. Outros Parceiros: as instituições formadoras e as empresas	42
2.5. Pioneirismo na inclusão produtiva das pessoas em sofrimento mental no mercado de trabalho formal de trabalho?.....	47
3. O PROBLEMA SOCIOLÓGICO FUNDANTE	51
3.1. Burocratas de nível de rua: uma categoria analítica.....	51
3.2. A agenda estatal em saúde mental	54
3.3. O trabalho para a pessoa em sofrimento mental de longa duração	58
4. QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA, O MODELO ANALÍTICO E O PERCURSO NA INVESTIGAÇÃO	62
4.1. Questões norteadoras da pesquisa e o modelo analítico.....	62
4.2. Do percurso na investigação	66
4.3. A pesquisa de campo	68
5. RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS E O USO DO PODER DISCRICIONÁRIO	73
5.1. Trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente.....	73
5.2. O uso do poder discricionário	74
5.2.1. O poder discricionário do Auditor Fiscal do SRTE/MG	74
5.2.2. Quando o poder discricionário perde potência	77
5.2.3. O poder discricionário para compatibilizar a oferta de vagas no projeto	78
5.2.4. O poder discricionário para selecionar os beneficiários do projeto nos Centros de Convivência	79
5.2.5. O poder discricionário para selecionar os beneficiários do projeto no Hospital das Clínicas	82
5.3. A racionalização dos recursos e as rotinas de trabalho.....	86
5.3.1. Coordenação do projeto no SRTE/MG	89
5.3.2. Trabalhadores dos Centros de Convivência	90
5.3.3. Os trabalhadores do Hospital das Clínicas (UFMG).....	97

6. O IDEAL DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E AS SIMPLIFICAÇÕES COGNITIVAS	100
6.1. Critérios de enquadramento e a definição do beneficiário	100
6.1.1. Operações cognitivas para incluir o beneficiário no projeto	105
6.1.2. Operações cognitivas para excluir a possibilidade de ser beneficiário do projeto.....	107
6.1.3. Operações cognitivas para manutenção do beneficiário do projeto	107
6.2. Expectativas em relação ao projeto e dificuldades de operação da política.....	109
6.2.1. Dificuldades com imposições e imperfeições legais	110
6.2.2. Desafios para o encaminhamento e manutenção no trabalho dos beneficiários	111
6.2.3. Fatores transversais	114
6.3. A Influência do <i>Ethos</i> do Movimento da Luta Antimanicomial	116
6.3.1. O movimento social como norte	116
6.3.2. Os tensionamentos entre o movimento social e os critérios de inclusão no trabalho	118
7. A ZONA CINZENTA E O PROJETO DE INCLUSÃO NO MERCADO DE TRABALHO DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL	122
7.1. A ausência do Estado brasileiro e os resultados inesperados	124
7.2. A responsabilização das famílias	127
7.3. Os motivos para seguir incluindo.....	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	139
ANEXO A – Roteiro de Entrevistas aos ‘Burocratas de Nível de Rua’	145

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o genocídio nunca foi a intenção de uma política pública, porém, conforme nos adverte Bleicher *et. al* (2014), apenas no Hospício de Barbacena - MG morreram 60 mil internos ao longo de sua existência. Cientes dos tratamentos desumanos ofertados para as pessoas em sofrimento mental (medicações, choques elétricos e lobotomia), na década de 1970, os trabalhadores dessas instituições, inspirados pelo modelo de cuidado comunitário italiano, iniciaram o movimento social pelo fim dos manicômios. Contudo, somente na década de 2000 é que o país tem o primeiro marco regulatório no sentido da desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais. A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, também conhecida como reforma psiquiátrica brasileira, inaugura um novo cenário para os cuidados em saúde mental, ou seja, as ações do Estado passam a reconhecer a loucura como fenômeno social complexo a ser cuidado em serviços substitutivos aos manicômios (vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS) e, na comunidade. Assim, determina-se que o dito louco é um cidadão, com direito à vida, ao convívio com a família, ao cuidado em liberdade, a circular pelo território e, ao trabalho.

As terapêuticas para pessoas em sofrimento mental no modelo asilar iniciam-se no país na época do Brasil Império, com a vinda da família real e com a construção do Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, em 1852. A construção dessas instituições evidencia que o Estado brasileiro segregava aqueles sujeitos que considerava com algum grau de periculosidade e comportamentos desviantes, em uma lógica ditada por códigos sociais morais. Por isso, eram institucionalizados pobres, prostitutas, homossexuais, alcoólatras, epiléticos, sífilíticos ou, simplesmente, mães solteiras. Em outras palavras, os loucos eram uma minoria.

No hospício, a terapêutica se assimilava às recebidas no campo de concentração. Bleicher *et.al.* (2014) descrevem a vida nessas instituições da seguinte forma:

[..] 5 mil pessoas vivendo onde cabiam 200. Chegando lá, elas eram forçadas não só a abrir mão de sua identidade, mas também de sua condição humana. Recebiam outro nome, eram obrigadas a se vestir com trapos (e muitas vezes tinham de andar nuas mesmo durante os invernos frios da região), dormiam em camas de capim em meio à completa imundície, bebiam água do esgoto, passavam fome (e, quando comiam, eram refeições que talvez nem animais encarassem), apanhavam, levavam choques elétricos sem qualquer prescrição médica (e sem qualquer cuidado no procedimento, o que provocou a morte de muita gente) e alguns sofriam lobotomia, para ficar numa descrição sucinta. (Bleicher; Freire; Sampaio, 2014, p.533)

Percebe-se, assim, que a lógica manicomial era segregar, classificar e medicalizar as pessoas em sofrimento mental, ou seja, um controle social perverso, legitimado pela medicina, para aqueles julgados perigosos, com vistas à manutenção da ordem.

As atrocidades vividas nos manicômios brasileiros só foram atenuadas na década de 2000, na promulgação da Lei 10.216/2001, também conhecida como reforma psiquiátrica brasileira. Trata-se de um marco regulatório que reflete uma resposta valorativa do Estado brasileiro às demandas sociais setoriais, no caso, o tratamento humanizado das pessoas em sofrimento mental. (Menicucci; Gomes, 2018); (Lobatto, 2016)

O desenho e formulação da política antimanicomial sofreu influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), da reforma psiquiátrica italiana (1978) e da promulgação do texto constitucional brasileiro de 1988, a constituição cidadã. Foi influenciado também por ações estatais na área da saúde, na década de 1990, em especial, pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios: universalidade, equanimidade, descentralização dos serviços, integralidade dos serviços e de dispositivos para o paciente e o controle social. Porém, é importante ressaltar que o ator coletivo composto pelo movimento social¹ dos trabalhadores em saúde mental, que nas décadas de 1970 e 1980 começaram a denunciar os maus tratos sofridos nas instituições asilares, dos familiares e simpatizantes da causa e a atuação da psiquiatra Nise da Silveira são considerados pela literatura como fundantes da reforma psiquiátrica brasileira (Delgado; 2011); (Gohn, 1995).

Com a reforma psiquiátrica, surgem novos atores sociais no campo das políticas públicas em saúde mental. Os egressos de manicômios passam a demandar do Estado brasileiro ações que promovam a vida em comunidade, iniciando, com isso, uma mudança na operação da política. Os cuidados em saúde mental passam a ser geridos no território. Contudo, os recursos continuam contando com administração do nível central, que é o Ministério da Saúde. Em outras palavras, na coordenação central estão concentradas as decisões sobre a alocação dos recursos de financiamento e a autoridade decisória. Desse modo, é no nível central que se define a agenda setorial e a escolha nos níveis subnacionais (Arretche; Vasquez; Gomes, 2012); (Jaccoud, 2020).

¹ Ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situações de: conflitos, litígios e disputas. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo (GOHN, 1995, p. 44).

A nova configuração da política em saúde mental gerou investimentos em serviços substitutivos ao manicômio, ou seja, os dispositivos de saúde mental passam a compor uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, vinculados ao SUS e distribuídos no território. Nessa nova conformação, os serviços são especializados, produzindo cuidados que vão desde a atenção básica até os de alta complexidade. Assim, o novo lugar social da loucura passa a ser a vida em comunidade, sendo o cuidado ofertado uma equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, artistas. Isso porque o novo enfoque é a reabilitação psicossocial, constituída por intermédio da construção de um projeto terapêutico singular - PTS².

Dentre as ações para a (re) inserção social previstas em um PTS, tem-se o trabalho. Porém, condutas nesse sentido não são exclusivas do novo modelo de cuidado em saúde mental, pois, no modelo asilar do XIX já se ofertava trabalho para os laborterápicos com o objetivo de reduzir os custos da assistência e disciplinar os internos para torná-los mais calmos, obedientes, úteis e produtivos (Pacheco, 2013).

No Brasil, o trabalho utilizado como prática de inserção social da pessoa com transtorno mental é desenvolvido, em sua maioria, nos moldes do cooperativismo social, baseado nos princípios da economia solidária. Mas, e aqueles usuários que desejam atuar no mercado formal de trabalho? São raras as experiências nesse sentido, mas em Belo Horizonte – MG, desde 2014, está sendo desenvolvido um projeto de inclusão coordenado pela Superintendência Regional do Trabalho em Minas Gerais – SRTE/MG, cujo objetivo é possibilitar às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, que a patologia gerou barreiras psicossociais de longa duração, se transformarem em agentes econômicos no mercado de trabalho. Porém, para serem inseridos, precisam ter sua condição médico-jurídica alterada, assim são incluídos segundo critérios da Lei de Cotas para deficientes mentais e/ou psicossociais (SRTE/MG, 2021); (PBH, 2022).

O projeto de inclusão é fruto de um arranjo institucional complexo, com parcerias público-privadas, envolvendo: os centros de convivência (dispositivo de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG); o Hospital das Clínicas (Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais); instituições especializadas na educação profissional (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC/MG), uma

² Em síntese, os projetos terapêuticos são projetos construídos pelo trabalhador da RAPS em parceria com o usuário do serviço em saúde mental para determinar terapêuticas e/ou ações importantes para reabilitação psicossocial daquele sujeito. De acordo com Ferreira et.al (2017, p.380), utilizando-se da argumentação de Benedito Saraceno, os projetos terapêuticos devem englobar estratégias de cuidado que sejam compreendidas como um processo contínuo e integrado de ações orientadas a responder as necessidades das pessoas.

Organização Não-Governamental (Rede Cidadã) e, empresas privadas (Lotta; vaz, 2015); (Grau, 2016); (Bezerra *et.al.*, 2021).

De acordo Lipsky (1980) o *locus* organizacional de ‘burocratas de nível de rua’ é lugar privilegiado para compreendermos a implementação de uma política pública. Em outras palavras, o trabalho de professores, assistentes sociais, policiais e outros agentes públicos é um importante indicador das ações do Estado para atender às demandas sociais. Por isso, partimos do pressuposto que a operação do projeto de inclusão, em Belo Horizonte – MG, pelos que chamamos de trabalhadores da linha de frente, pode ser útil para questionar as ações do Estado brasileiro para incluir pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho. Apesar de ser um projeto social de escopo reduzido, com cerca de 300 beneficiários de 2014 a 2021, acreditamos se tratar de uma experiência *sui generis* para questionar: como agentes públicos operam a política pública que insere pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho? Quais mecanismos utilizam para esse fim? Quais influências sofrem?

Na tentativa de responder aos questionamentos, com base em uma grade analítica elaborada a partir das concepções de Lipsky (1980), Salej *et. al* (2016) e Wells (2016), desenvolvemos a pesquisa qualitativa, no período de 2019 a 2023. Os procedimentos metodológicos utilizados incluíram entrevistas semiestruturadas aos 10 agentes públicos que operam o projeto no município. Além disso, utilizamos a observação participante nas várias etapas de desenvolvimento do projeto, ou seja, coletamos dados em empresas, nas instituições que ofertam os cursos de treinamento metódico profissional e na reunião de sensibilização dos parceiros, organizada pelo SRTE/MG. No intuito de organizar os achados da nossa investigação, dividimos as evidências em capítulos, conforme apresentamos a seguir.

No capítulo 2, procuramos detalhar o projeto de inclusão desde o desenho e planejamento das ações para o desenvolvimento do piloto, em 2014, aos dias atuais. Buscamos também compreender o papel das diferentes instituições que compõe o arranjo complexo que possibilita o projeto para compreender os critérios de elegibilidade dos beneficiários e as atribuições de cada agente público na divisão do trabalho que busca incluir pessoas em sofrimento mental de longa duração no mercado formal de trabalho. Ao final, organizamos os achados em dimensões que julgamos influenciar as ações dos trabalhadores da linha de frente.

O capítulo 3 foi destinado ao desenho do problema sociológico que motiva a pesquisa, bem como à apresentação da grade teórica utilizada. Depois disso, no capítulo 4,

apresentamos o modelo analítico elaborado para analisar as evidências de campo, bem como os pressupostos, hipóteses, questões norteadoras e como foi realizada a coleta dos dados.

A partir do capítulo 5, iniciamos a apresentação dos achados de campo. Isso, porque buscamos apresentar as evidências organizadas por categorias, conforme Lipsky (1980) e o proposto no modelo analítico: a discricionariedade (liberdade de ação administrativa dentro dos limites permitidos por Lei) com que desenvolvem rotinas e as simplificações cognitivas (símbolos mobilizados, criação de escalas de prioridade e rótulos mentais), com os quais os trabalhadores classificam, incluem ou excluem beneficiários. Sendo assim, o objetivo do capítulo 5 é apresentar os indícios encontrados da utilização do poder discricionário pelos trabalhadores de linha de frente para operar o projeto.

O capítulo 6 está destinado aos resultados que remetem às simplificações cognitivas dos trabalhadores da linha de frente para estabelecer critérios de enquadramento e definição dos beneficiários para inserir, excluir ou manter pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho. Apresenta também os outros fatores psicossociais que tangenciam a vida dos beneficiários, dificultando a inserção destes no trabalho. Por fim, busca-se as inspirações produzidas pelo movimento social da luta antimanicomial, que impactam as decisões dos agentes públicos, bem como os tensionamentos que esse *ethos* pode produzir.

No capítulo 7, apresentamos reflexões teóricas que nos auxiliam compreender os resultados inesperados do projeto de inclusão ou a zona cinzenta, conforme Lotta e Vaz (2015). Em outras palavras, quando o Estado transfere responsabilidades às famílias ou ao mercado de trabalho e o cidadão em sofrimento mental não alcança seus direitos de trabalhador.

Nas considerações finais, apresentamos a síntese das evidências encontradas, bem como nossas sugestões para futuras pesquisas que se destinem a investigar o trabalho como possibilidade de inserção social para pessoas acometidas pela loucura. Esperamos, com isso, contribuir para pensarmos em uma sociedade livre dos manicômios, onde o cidadão com transtorno mental tenha direito, conforme Marshall (1967), à herança social.

2 O PROJETO DE INCLUSÃO NO MERCADO DE TRABALHO DAS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL EM BELO HORIZONTE - MG: ARRANJOS INSTITUCIONAIS COMPLEXOS

Desde 2014, encontra-se em curso no Município de Belo Horizonte - MG, o Projeto de Inclusão no Mercado de Trabalho das Pessoas Com Sofrimento Mental, que está na interseção de dois marcos regulatórios que instituíram a reabilitação psicossocial desses sujeitos: Política Nacional de Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas - Lei 10.216/2002 e a Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência – Lei 8.213/1991. A Instituição responsável é a Superintendência Regional do Trabalho e Emprego em Minas Gerais – SRTE/MG, que articulou parceiros públicos para a seleção dos beneficiários (Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte – MG e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG), instituições especializadas na educação profissional, tais como o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC/MG e a Rede Cidadã e, empresas privadas, em sua maioria, supermercados (SRTE/MG, 2020)³.

Dada essa configuração, percebe-se que o projeto é fruto de um variado arranjo interinstitucional, representando uma tendência de complexificação nos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas no Brasil a partir da segunda década dos anos 2000. Nesse período, de acordo com Lotta e Vaz (2015, p.176), ocorreu o “movimento de construção de novas relações entre entes federativos, em que o Governo Federal atua mais na regulação e repasse de recursos e os governos estaduais e municipais na implementação”. Acrescenta-se a isso, segundo os autores, o envolvimento de novos atores, tais como a iniciativa privada e o terceiro setor, nos ciclos das políticas públicas.

As experiências de novos arranjos apontam também para uma mudança no formato de gestão do Estado brasileiro. Passa-se de uma visão hierarquizada, funcional e setorial, para um modelo mais transversal, intersetorial, sistêmico, com algum grau de participação dos vários atores envolvidos e voltado à efetividade. Esses novos arranjos são denominados por Grau (2016, p.43) como arranjos público-privados, também conhecidos na literatura como nova governança ou governança colaborativa. Esse desenho institucional caracteriza-se por expressar uma colaboração voluntária.

Na compreensão da configuração do projeto em execução em Belo Horizonte – MG, adota-se as concepções de Lotta e Vaz (2015, p.174), para quem arranjos institucionais complexos podem ser compreendidos como “[...] as regras e instâncias específicas

³ Disponível em: <https://mte.jusbrasil.com.br/noticias/709799868/srt-mg-divulga-resultados-do-projeto-de-inclusao-de-pessoas-com-sofrimento-mental-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em 2 de dezembro de 2020.

estabelecidas para definir a forma de coordenação das políticas envolvendo um número significativo e heterogêneo de agentes públicos e privados, abrangendo diferentes etapas do ciclo das políticas públicas”. Essa nova configuração fortalece a estrutura do Estado, concluem os autores, dotando-o de uma flexibilidade que cria condições para atores relevantes, sem abrir mão de mínimos de coordenação e sem subordinar a efetividade das políticas aos interesses privados. Para além, de acordo com Pires e Gomide (2013, p. 8), os arranjos delimitam “[...] quem está habilitado a participar de um determinado processo, o objeto e os objetivos desse e as formas de relação entre os atores.”.

2.1 Os Antecedentes do Projeto

A experiência foi iniciada⁴, em 2013, com uma primeira visita da coordenadora do Projeto da SRTE/MG à experiência similar desenvolvida no Rio Grande do Sul – RS (Programa de Inclusão da Pessoa com Deficiência no Mercado de Trabalho e do Núcleo Igualdade no Trabalho da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego no RS). Nos relatos sobre o desenvolvimento da experiência no RS, percebe-se uma ênfase de argumentos em favor do reconhecimento do transtorno mental como deficiência. Assim, de acordo com Da Costa (2013)⁵, “[...] O reconhecimento da pessoa com transtorno mental como pessoa com deficiência impõe-se como forma de dar eficácia à Convenção Internacional da Organização das Nações Unidas - ONU recentemente incorporada a nosso sistema jurídico”. Segundo a autora, sem essas adequações os sujeitos em sofrimento mental continuarão à margem da cidadania, já que são impedidos de exercer um dos direitos humanos mais fundamentais: o direito ao trabalho.

Da Costa (2013) acrescenta que, as contribuições do Grupo de Trabalho Interministerial, instituído no Brasil através do Decreto nº 0-003, de 26 de setembro de 2007, para romper com as limitações da legislação nacional, promoveu uma alteração na concepção da deficiência, que passa a ser entendida “[...] como um fenômeno localizado na interface

⁴ A história do projeto foi construída com base em vídeos institucionais, pesquisa a sites da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - PBH e Ministério do Trabalho e Emprego – MTE. Foram utilizados também relatos de experiência presentes na conversa com a idealizadora do projeto em 16 de agosto de 2021 na fase de pesquisa exploratória para constituição do Projeto de Pesquisa. Posteriormente, em 5 de outubro de 2022, na pesquisa de campo, foi realizada entrevista com interlocutor(a) da pesquisa, onde foram confirmadas tais informações. Nessas oportunidades, foi questionado se existem documentos a respeito de acordos ou contratos entre as instituições publicizados. As evidências encontradas foram de inexistência desses registros formais.

⁵ Da Costa (2013) em - O Reconhecimento da Pessoa com Transtorno Mental Severo Como Pessoa Com deficiência: Uma Questão de justiça, demonstra que o projeto de inclusão produtiva de sujeitos em sofrimento mental desenvolvido no Rio Grande do Sul tem como aparato legal o reconhecimento do transtorno mental como deficiência. Ver mais detalhes em: http://www.mpggo.mp.br/porta/arquivos/2013/08/22/13_23_35_456_Reconhecimento_da_pessoa_com_transtorn_o_mental_severo_como_deficiente.pdf. Acesso em 18 de agosto de 2021.

biológica, psíquica, social e política do sujeito." Percebe-se, com isso, que a fonte legal inspiradora tanto da experiência de Porto Alegre - RS, como da de Belo Horizonte - MG foi a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, inserida no sistema jurídico brasileiro pelo Decreto nº. 6.949, de 25.08.2009. E, que essa mudança gerou uma reconfiguração do significado da loucura (de patologia para deficiência), sendo isso a mola propulsora da participação dos sujeitos em sofrimento mental no projeto de inclusão produtiva para deficientes em ambas as localidades.

Embora o projeto em desenvolvimento em Minas Gerais tenha encontrado inspirações naquele realizado no Rio Grande do Sul, é preciso identificar quais são suas peculiaridades e configurações. É o que se apresenta a seguir.

2.2 Da Definição dos Parceiros, Planejamento da Execução e Monitoramento ao Projeto Piloto

Ainda em 2013, foram iniciadas, em Belo Horizonte – MG, as articulações para executar o projeto no Município. Para tanto, era necessário, em primeiro lugar, que a coordenação do projeto encontrasse as instituições públicas envolvidas na reabilitação psicossocial de sujeitos em sofrimento mental, para indicarem os possíveis trabalhadores. Depois, eram necessários parceiros para viabilizar os cursos de aprendizagem profissional conduzidos por instituição qualificadora de ensino e, por último, empresas privadas interessadas em disponibilizar as vagas de trabalho. A (o) idealizador (a)⁶ do projeto atribui à presença de uma auditora fiscal médica na equipe do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) à época como um fator facilitador para definir qual seria a instituição pública mais adequada para indicar as pessoas em sofrimento mental, fato esse que determinaria a realização do convite à Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - MG (SMSA - PBH) para compor o projeto.

Finalizado esse primeiro momento, foram realizados encontros, organizados pela coordenação do projeto (SRTE/MG), com a participação dos representantes das empresas, do poder público local (Gerência de Saúde Mental do Município e Gerentes dos Centros de Convivência) e das agências envolvidas na formação para o trabalho, no caso o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC - MG. Isso, para o planejamento do desenvolvimento de um projeto piloto local. “[...] Até o início das primeiras ações, foram realizadas muitas reuniões, cerca de 8 (oito) meses foram destinados ao planejamento da

⁶ Evidências presentes na entrevista realizada com a coordenação do projeto em 5 de outubro de 2022. Dados da Pesquisa (2022).

execução do projeto que visava incluir, inicialmente, 15 pessoas no mercado formal de trabalho” (Dados da Pesquisa, 2021)⁷.

Nas reuniões de planejamento, definiu-se, principalmente, o papel e atribuições de cada parceiro na execução do projeto. Assim, os fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego (SRTE/MG) seriam os responsáveis por selecionar quais as empresas teriam o perfil para participar do projeto. Dessas empresas, realizar a captação das vagas reservadas a pessoas com deficiência. Os (as) gerentes dos nove Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte - MG indicariam as pessoas, usuárias dos dispositivos de saúde mental do Sistema Único de Saúde – SUS/PBH para ocuparem os postos de trabalho, em especial esquizofrênicos e aqueles com transtorno afetivo bipolar. Isso porque, de acordo com relatos sobre o desenvolvimento do projeto nesse período, o grupo de trabalho entendia que os beneficiários do projeto seriam pessoas em sofrimento mental grave e de longa duração e, essas patologias se enquadravam nessas categorias.

Os gestores dos Centros de Convivência seriam responsáveis também, juntamente com o setor de recursos humanos da empresa, pelos ajustes necessários à realidade da empresa de cada trabalhador. Para além, definiu-se que a entrada no mercado seria de forma gradual. Desse modo, as pessoas passariam por um período de um ano como aprendizes, conforme previsto na Lei do Aprendizado (2000), na instituição formadora do sistema S, no caso, o SENAC/MG. Em relação à participação das empresas, definiu-se que os beneficiários do projeto ocupariam vagas no cargo de repositor de supermercado. As atribuições que envolvem esse cargo, (Código 521125), de acordo com o Código Brasileiro de Ocupação – CBO, preveem o registro de entrada e saída de mercadorias; promoção de vendas, demonstrando o funcionamento, qualidades e vantagens da aquisição do produto; a exposição de forma atrativa das mercadorias, em pontos estratégicos de vendas; etiquetar produtos e a prestação de serviços aos clientes, tais como a troca de mercadorias, dentre outros. Não foram encontrados registros ou documentos desse período que demonstrem como o projeto piloto foi executado, mas a publicização dos resultados em sites oficiais demonstra que “[...] o Supermercado Verdemar foi a empresa pioneira do projeto em MG, ofertando 15 vagas para repositor de mercadorias” (PBH, 2021).

Definida a configuração de atores executores do projeto piloto, iniciou-se, em 2014, a primeira experiência. Assim, durante as fiscalizações do SRTE/MG para verificar o cumprimento da Lei de Cotas para pessoas com deficiência nas empresas, foi convidado o

⁷ Fragmento da conversa com a coordenação do Projeto em 16 de agosto de 2021 para constituição do projeto de pesquisa, ou seja, na fase de pesquisa exploratória. (Dados da Pesquisa, 2021).

parceiro da iniciativa privada que disponibilizaria vagas para a execução do projeto. Como os beneficiários possuíam pouca ou nenhuma experiência no trabalho formal, além de possuírem baixa escolaridade e, em alguns casos, mais de 60 anos, optou-se por uma inclusão inicial no mercado de trabalho como aprendizes com carga horária reduzida. Dito de outra forma, durante 12 meses, as pessoas em sofrimento mental selecionadas para o projeto estariam, durante quatro horas diárias, ora na formação no SENAC/MG, ora na empresa ofertante das vagas. Sempre alternando, para que, gradualmente, fossem se adaptando à nova realidade.

Percebe-se que, com isso, o projeto teria custos reduzidos para todos os parceiros. Para a empresa, a formação não acrescentaria despesas, pois estas contribuem de forma compulsória para o Sistema S, que prevê a formação profissional. Aliado a isso, durante um ano, o salário seria o de aprendiz, que é proporcional ao número de horas trabalhadas. Então, se por um lado os beneficiários do projeto podiam ter carga horária reduzida e iriam às empresas em dias alternados, por outro, a empresa não pagaria integralmente o salário base da categoria de repositor, que é um salário mínimo. No caso da instituição de aprendizagem, as ações implicariam a ampliação do público de Pessoa com Deficiência – PCD já atendidas pela instituição. Porém, foi necessário criar mais uma turma de PCD, nesse caso, incluindo pessoas em sofrimento mental. Em relação aos Centros de Convivência, a equipe e infraestrutura utilizadas seriam a disponível, aumentando apenas as atribuições dos gestores, que passariam a realizar a triagem para indicar potenciais beneficiários do projeto. São detalhes melhor descritos na próxima seção, que trata das atribuições de cada instituição.

Ao que tudo indica⁸, de 2014 até os dias atuais, houve poucas modificações no desenho do projeto, sem alterações no papel de cada instituição na execução do mesmo. O que houve, segundo relatos da coordenação, foi a ampliação do número de empresas, que atualmente são 11 e a inclusão de outras parcerias, como é o caso do Hospital das Clínicas (UFMG), que passa a encaminhar pacientes a partir do ano de 2019 e, da Rede Cidadã, que atua na etapa de formação profissional. Apesar disso, acredita-se que, compreender o papel de cada parceiro pode contribuir para elucidar os mecanismos criados pelos (as) trabalhadores (as) da linha de frente de cada instituição para implementar um programa social, cujo objetivo é inserir pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho em vagas de PCDs. É o que faremos a seguir.

⁸ De acordo com os relatos da entrevista realizada com a coordenação do projeto em 5 de outubro de 2022. (Dados da Pesquisa, 2022)

2.3 Atribuições das Instituições Envolvidas no Projeto de Inclusão

A execução do projeto piloto foi, segundo a coordenação, exitosa, permitindo, com isso, que fossem empreendidas novas ações no sentido de criar vagas de trabalho para pessoas diagnosticadas com esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar. Assim, o projeto foi se ampliando, com a inserção de novos parceiros e a criação de cerca de 300 vagas de trabalho no período de 2014 a 2021 (PBH, 2022).

Do ponto de vista da implementação do projeto, percebe-se que o agente público do SRTE/MG foi determinante para a configuração dos arranjos interinstitucionais que ocorreram para sua execução. É o que se apresenta, em seguida.

2.3.1 Superintendência Regional do Trabalho em Minas Gerais (SRTE/MG)

Em termos de agências e agentes envolvidos na implementação do projeto de inclusão das pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho, percebe-se que, em nível institucional, o Ministério do Trabalho e Emprego, no caso a SRTE/MG assume o papel de idealizador e coordenador das ações. Uma das explicações para isso é o fato da instituição possuir um *know how* anterior em ações de reabilitação social de pessoas com deficiência.

Os agentes do Ministério em Minas Gerais, visando potencializar o cumprimento da reserva de cargos prevista na Lei n° 8.213/91, mais conhecida como Lei das Cotas, fiscalizam se as empresas realizam a reserva de vagas para Pessoas com Deficiência - PCD. A base legal prevê o direito de deficientes físicos, mentais e intelectuais às vagas de emprego em empresas com 100 ou mais funcionários. E, conforme o número de empregados aumenta, o percentual vai se alterando. Assim, as empresas que possuam entre 100 e 200 empregados devem reservar 2% dos postos de trabalho para pessoas com deficiência. De 201 a 500 (3%), de 501 a 1.000 (4%) e, de 1.001 funcionários em diante, 5%. Percebe-se, com isso, que a articulação com as empresas privadas é facilitada pelas fiscalizações realizadas pelos agentes do SRTE/MG. As competências desses agentes são regulamentadas pelo Artigo 93 da Lei n° 8.213/91 § 2º (Redação dada pela Lei n° 13.146, de 2015), onde estão previstas as incumbências do MTE que são:

[...] estabelecer a sistemática de fiscalização, bem como gerar dados e estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por pessoas com deficiência e por beneficiários reabilitados da Previdência Social, fornecendo-os, quando solicitados, aos sindicatos, às entidades representativas dos empregados ou aos cidadãos interessados (BRASIL, 1991).

Outro marco legal relevante foi o Decreto 3298/1999 que institucionalizou a Política Nacional de Integração para a Pessoa com Deficiência, cabendo ao MTE desenvolver ações no sentido de promover a reserva de vagas para pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Acrescenta-se a isso, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa Com Deficiência – LBI (2015)⁹, também denominada Estatuto da Pessoa Com Deficiência, marco regulatório determinante em vários sentidos para a inserção de pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho. Isso porque, o Artigo 112 (III), propõe uma nova redação para a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, caracterizando a pessoa com deficiência como “[...] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. De acordo com Bevervanço (2019, p.2) esse novo entendimento é importante porque a deficiência mental é caracterizada como um “[...] impedimento de longa permanência de natureza mental”. Contudo, a autora adverte na mesma direção que Sasaki (2012), que deficiência mental não é o mesmo que transtorno mental. Para ser caracterizado como deficiência o transtorno mental como a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar, por exemplo, tem que ter deixado sequelas de longa duração.

Outra peculiaridade no que se refere ao reconhecimento da pessoa com transtorno mental como deficiente pelo Estado brasileiro é a tentativa de substituição do termo deficiência mental por deficiência psicossocial. Segundo Bevervanço (2019, p. 2-3), a sociedade civil pleiteou que fosse incluído o termo “psicossocial” no conceito de pessoas com deficiência na Lei, porém, no Brasil, como em outros países, a legislação trata de forma distinta o transtorno mental e a deficiência e, isso, dificultaria o processo de ratificação da convenção da ONU. Então,

[...] o que se conseguiu foi a manutenção do termo mental e a inclusão da expressão intelectual, a fim de permitir que cada país pudesse ter certa margem de negociação interna, para que, na regulamentação objetiva do conceito, quando do aprimoramento da legislação nacional, fosse possível decidir se as pessoas com transtornos psicossociais também seriam contempladas com os direitos previstos na Convenção (Bevervanço, 2019, p. 2-3).

Diante disso, percebe-se que para a Lei brasileira o termo deficiência mental é o mesmo que deficiência psicossocial, embora no regramento e nas estatísticas oficiais apareça a categoria mental. Nesse sentido, o que aparece de novo é que a LBI (2015, Art. 2º §) prevê

⁹ A LBI garante direitos e liberdades fundamentais para as pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, inclusive o direito ao trabalho. Ver mais detalhes em: (BRASIL, 2015). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em 20 de março de 2023.

para a identificação desse tipo de deficiência, a avaliação biopsicossocial “[...] realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: I – os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II – os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III – a limitação no desempenho de atividades e, IV – a restrição de participação”.

O inciso 2º da LBI (2015) prevê que o Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência. Para atingir tal objetivo, de acordo com Bevervanço (2019, p.5), no mês de março de 2020 foi aprovado pela Secretaria Nacional da Pessoa com Deficiência e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE (Resolução nº 01/2020) o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM). Na mesma direção, em julho de 2020, “[...] por meio do Decreto nº 10.415/2020, o Governo Federal criou Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, com atribuição formular propostas sobre ato normativo regulamentador do art. 2º da LBI.”

Segundo o Conselho Nacional de Saúde - CNS (2021) o índice,

[...] atualiza a versão anterior do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), aplicado atualmente para fins de avaliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), e o Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBr-A), aplicado para fins de aposentadoria do trabalhador com deficiência (CNS, 2021).

O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado, de acordo com CNS (2021), foi validado pela Universidade de Brasília (UNB), através de carta acordo firmada entre a Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SNDPSD), a Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI) e a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC). A elaboração do índice contou com a participação de 1.360 profissionais, distribuídos em 33 categorias e 56 instituições do SUS, indicadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e pela UNB, em parceria com instituições de atendimento às pessoas com deficiência (ABRASCO, 2021).

O indicador é baseado em atividades, divididas em 7 (sete) domínios, com pontuação que varia de 25 a 100 pontos. Essa avaliação realizar-se-á por grupo multiprofissional possibilitando a criação de um *score* de deficiência leve, moderada ou grave, ou sem deficiência e as ações que serão necessárias para o indivíduo categorizado como deficiente. Porém, conforme nos adverte Bevervanço (2019) e ABRASCO (2021), até setembro de 2021 os instrumentos não foram regulamentados. Assim, ao que tudo indica, há uma ambiguidade

na postura do Estado brasileiro, ou seja, reconhece a necessidade da criação de instrumentos para determinar a deficiência ou, não, mas não o regulamenta.

Seja como for, o novo entendimento proporcionado tanto pela convenção da ONU (2008) como pela legislação brasileira, LBI (2015), impulsionou as ações do MTE no sentido de incluir também pessoas com transtorno mental nas vagas de trabalho para deficientes. Por isso mesmo o projeto aqui estudado está vinculado ao Núcleo de Igualdade de Oportunidades do SRTE/MG. Assim, pode-se afirmar que a instituição é a maestrina do projeto, sendo seus agentes, regentes responsáveis pela captação de vagas de trabalho e escolha das empresas que irão participar. É responsável também pela articulação junto às instituições responsáveis pela formação dos trabalhadores. Estes, abgem, ainda, no monitoramento das ações, mediando o contato entre as (os) gerentes dos Centros de Convivência (SUS – PBH) e os (as) trabalhadores do Hospital das Clínicas (UFMG), referência dos beneficiários e, os profissionais do curso de qualificação e de Recursos Humanos (RH) das empresas.

Outro ponto no arranjo criado para incluir as pessoas com transtorno mental de longa permanência no trabalho formal é quem seleciona o beneficiário, é o que se pretende apresentar em seguida.

2.3.2 As Instituições de Saúde Mental: Os Critérios de Elegibilidade na Inclusão

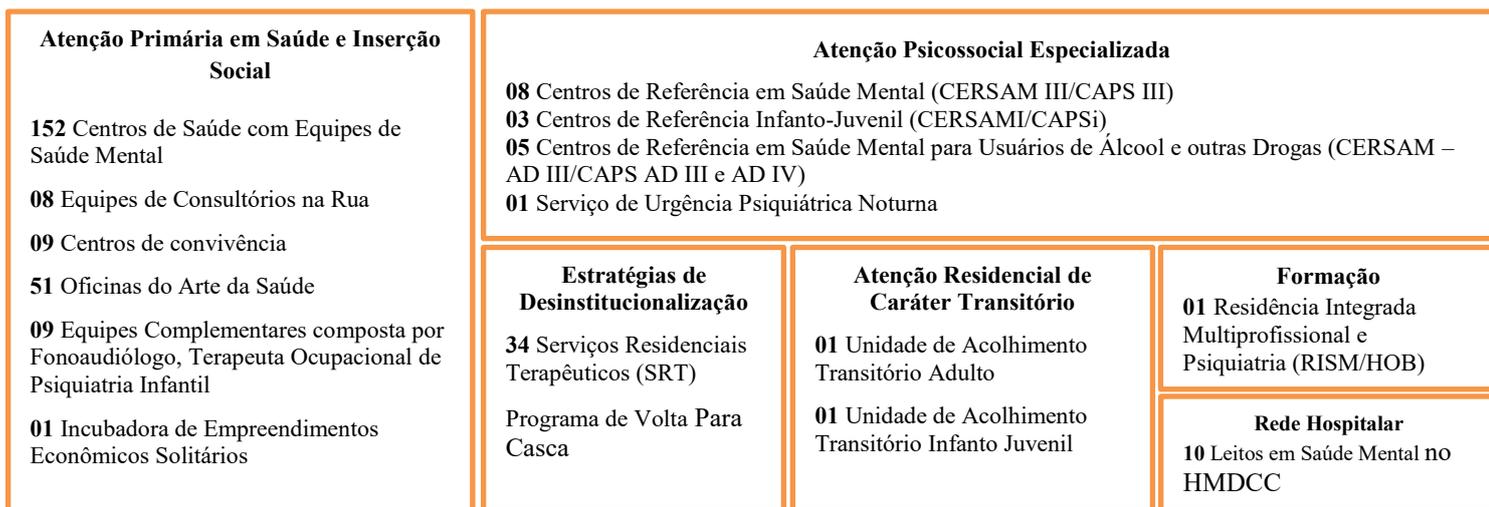
As pessoas incluídas no projeto para ocuparem postos de trabalho no mercado formal podem ser indicadas pelos Centros de Convivência (SUS/PBH) e, a partir de 2019, pelos ambulatórios de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar do Hospital das Clínicas (UFMG). Os critérios – que consideram o tipo de transtorno mental de longa permanência e com barreiras psicossociais, foram definidos ainda na implementação do projeto piloto em 2013 e, serão detalhados mais adiante. Porém, é importante salientar que a entrevista com a coordenação do projeto evidenciou que existe uma pressão por parte das empresas para incluir outros transtornos, como depressão, por exemplo. Porém, os critérios delimitados para a seleção dos beneficiários se mantêm desde o projeto piloto, em 2014. Isso, porque os agentes públicos envolvidos nas discussões anteriores ao projeto piloto acreditavam que as sequelas deixadas por pela esquizofrenia e pelo transtorno afetivo bipolar são mais incapacitantes socialmente, inclusive gerando maiores dificuldades na reabilitação psicossocial através do trabalho. Diante disso, a seguir, apresenta-se como é realizada a triagem e os critérios utilizados para estabelecer os beneficiários em cada instituição.

2.3.2.1 Os Centros de Convivência (SUS – BH)

Os Centros de Convivência compõem a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS¹⁰ do Município de Belo Horizonte – MG. A Rede é composta por equipamentos de saúde que integram o SUS, nos variados níveis de complexidade, ou seja, da atenção básica à alta complexidade. Estes equipamentos são: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); os serviços residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência; As Unidades de Acolhimento (UAS) e os Leitos de Atenção Integral (em Hospitais Gerais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III). Abaixo, a Figura 1, demonstra como está estruturada a RAPS no SUS/BH (PBH, 2022).

Conforme é possível perceber, a assistência em saúde mental no Município de Belo Horizonte – MG é realizada em 221 dispositivos destinados à atenção primária em saúde e inserção social; 17 para a atenção psicossocial especializada; 34 dedicados às estratégias de desinstitucionalização; 2 (dois) para a atenção residencial de caráter transitório; um para a formação na residência multiprofissional realizada no Hospital Odilon Behrens (HOB) e, 10 leitos em saúde mental no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC). É importante salientar que o projeto aqui estudado é atribuição dos centros de convivência, estando, portanto, na atenção primária em saúde e inserção social.

Figura 1¹¹ - A Rede de Atenção Psicossocial no SUS – BH.



Fonte: PBH/SMSA (2022)

¹⁰ Ver mais detalhes em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em 15 setembro de 2021.

¹¹ A Figura 1 foi reproduzida na íntegra de PBH (2022, p.35). Trata-se de um esquema ilustrativo utilizado pela atual Gerência de Saúde Mental (PBH/SMA) para ilustrar como se configura a RAPS do Município de Belo Horizonte – MG na publicação – Vida em Comum, que reflete sobre a experiência dos centros de convivência de Belo Horizonte - MG.

De acordo com a PBH (2022, p.35), a atenção em saúde mental no município é “[...] realizada horizontalmente em rede, que conta com diversos pontos de atenção aos usuários, que recebem cuidado integral em saúde, com acompanhamento longitudinal pelos profissionais, de acordo com o projeto terapêutico”. Isso quer dizer que quando uma pessoa tem um adoecimento mental e busca os serviços do SUS - BH para o cuidado em saúde mental, nos serviços de urgência, seja - Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM, Centro de Saúde ou outro dispositivo da RAPS, é criado, juntamente com a família, caso exista essa possibilidade, um projeto terapêutico singular para esse sujeito. Isso quer dizer que este usuário do SUS passa a ter um profissional de saúde como referência terapêutica para seu caso e, juntos, pensam para além do diagnóstico: O que ele planeja para a vida? Ele deseja estudar? Ele quer trabalhar? Já tem experiência no trabalho? Quais são suas condições socioeconômicas? Possui condições de mobilidade favoráveis? Assim, ao entrar na RAPS esse paciente passa a ser acompanhado por um profissional de referência – não necessariamente médico ou psicólogo, pode ser terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, ou seja, qualquer membro da equipe multiprofissional que o atendeu no serviço de saúde. Além disso, passa a possuir registro em prontuários físicos e eletrônicos dos serviços.

É importante salientar que, no momento em que a pessoa iniciar o atendimento nos serviços de cuidado em saúde mental, será analisado também como são os laços sociais desse sujeito. Caso necessário, será articulada a Secretaria Municipal de Assistência Social/PBH para compor a rede de apoio e suporte para esse usuário. Um exemplo disso são as pessoas em trajetória de rua que chegam aos serviços com os laços sociais esgaçados, sem apoio da família. Nesses casos, a RAPS vai articular meios para que ele possa receber a medicação, adquirir documentos, morar, avaliar a possibilidade de recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), etc. (Dados da pesquisa, 2022)¹².

Constatada estabilização do quadro de saúde mental, o usuário do CERSAM e/ou de outros serviços de saúde será encaminhado para outros equipamentos de atenção primária em saúde e inserção social da RAPS, dentre eles, para uma das nove unidades de Centros de Convivência. Estes dispositivos, segundo a PBH (2022) “[...] visam a inserção social, através de recursos socioculturais.” Nestes locais, a pessoa em sofrimento mental vai encontrar oficinas de artes visuais, artes plásticas, artesanatos, bordados, além de atividades e projetos

¹² Texto baseado em entrevista realizada com Gerente do Centro de Convivência durante a pesquisa de campo (2022) no dia 29 de outubro de 2022, que didaticamente explicou as especificidades da criação de projetos terapêuticos singulares na RAPS – PBH. Pelo que somos gratos.

que visam a reabilitação psicossocial, como é o caso do projeto que inclui no mercado formal de trabalho.

2.3.2.1.1 Dos Critérios de Seleção dos Beneficiários e Atribuições dos (as) Gerentes dos Centros de Convivência

A pessoa em sofrimento mental que é encaminhada pelos outros dispositivos de atenção primária em saúde do SUS/BH, se decide, juntamente com a família, ou não, acatar à necessidade de continuidade no tratamento, chega ao centro de convivência com um diagnóstico e com um projeto terapêutico construído em parceria com o profissional de referência. Nesse dispositivo, vai passar por uma entrevista inicial com a gerência do Centro de Convivência, que vai tentar identificar os desejos do usuário e ofertar atividades, como por exemplo, oficinas de mosaico, de música, bordados. Em quais atividades esse usuário vai ser inserido? Qual a periodicidade semanal? Isso vai depender de fatores como gosto e preferência, habilidades, capacidade de mobilidade até o serviço, autonomia, etc. É importante salientar que não existem parâmetros rigorosos construídos para fazer a primeira triagem. As evidências da pesquisa demonstraram que um dos pilares do atendimento é respeitar singularidade do sujeito. Assim, a princípio o que se tem é o diagnóstico fornecido pelo psiquiatra e o projeto terapêutico construído com o profissional. É a partir das observações diárias que o (a) gerente vai identificar se esse usuário tem, ou não, perfil para ser inserido no mercado formal de trabalho, colocando-o em uma lista de espera.

A triagem dos sujeitos que podem pleitear uma vaga no mercado formal de trabalho, segundo dados da pesquisa exploratória (2021)¹³ e SMSA (2019)¹⁴, segue os seguintes critérios:

- i. Ter sido diagnosticado (CID 10) - F 20 a F 31 (apenas casos de psicose);
- ii. Aderir ao tratamento na Rede de Atenção psicossocial do município;
- iii. Frequentar Centros de Convivência, os quais indicarão aqueles em quadro estável no tratamento e acompanharão a experiência;
- iv. Não estar afastado ou aposentado pelo INSS;
- v. Se contemplado pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), após o período de um ano, optar pelo trabalho ou benefício e,
- vi. Manifestar o desejo de trabalhar no mercado formal de trabalho.

¹³ Informações disponibilizadas por uma das Gerentes dos Centros de Convivência em 27 de julho de 2021 por ocasião da pesquisa exploratória. É também uma evidência da pesquisa de campo, com entrevistas realizadas no período de 5 outubro a 25 novembro de 2022.

¹⁴ Ver mais detalhes em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-auxilia-empregos-para-portadores-de-sofrimento-mental#:~:text=Portadores%20de%20sofrimento%20mental%20conquistam,beneficia%2080%20pessoas%20em%20BH. Acesso em 20 de janeiro de 2021.>

Desses critérios, é importante ressaltar que as empresas não exigem laudo caracterizador da deficiência. Basta o encaminhamento do Centro de Convivência contendo a Classificação Internacional da Doença – CID. Este é informado com a concordância do usuário, que assina um termo autorizando a informação do diagnóstico, em sua maioria, de esquizofrenia (Dados da Pesquisa, 2021 - 2022).

Outra ressalva importante diz respeito ao recebimento do Benefício de Prestação Continuada - BPC, que é uma prestação mensal no valor de um salário mínimo para quem tem renda *per capita* de até R\$330,00 (1/4 do salário mínimo) sem acesso ao abono anual (décimo terceiro salário). O BPC é destinado aos idosos com mais de 65 anos e deficientes. Assim, para fins de seleção de beneficiários do projeto priorizam-se os usuários que não recebem o BPC. Isso porque, as evidências da pesquisa demonstram que, na visão dos agentes públicos que selecionam os beneficiários, trabalhar no mercado formal é uma aposta. Pode ocorrer a desestabilização do quadro durante a experiência ou a pessoa decidir se desvincular do projeto, seja na fase de formação profissional, seja como participante do quadro de funcionários das empresas. Aliado a isso, aqueles que pretendem participar do projeto, só conseguirão acumular o benefício durante a fase de aprendizagem, ou seja, de 12 a 16 meses. Isso vai depender da duração do curso de cada instituição formadora. Com isso, se tem indícios de que os agentes públicos com a atribuição de incluir pessoas em sofrimento mental de longa duração no mercado de trabalho têm clareza do alto grau de incerteza que envolve essa experiência. Provavelmente, optam por não incluir quem já recebe o BPC no projeto para minimizar as perdas caso a tentativa de inserção no trabalho seja ineficiente.

Uma constatação importante é que os (as) gerentes dos Centros de Convivência são os (as) responsáveis pelos trabalhadores do projeto, encaminhados por este dispositivo do SUS/BH, junto às empresas e entidades especializadas nos cursos de formação profissional. As indicações dos Centros de Convivência dependerão de critérios subjetivos, como o comportamento, a convivência e o compromisso com as atividades ofertadas pelo serviço e da avaliação do (a) gerente com o (a) profissional de referência da pessoa em sofrimento mental. Dependerão também da disponibilidade de vagas e descrição dos cargos pelas empresas parceiras. Os prazos para a indicação para o trabalho são estabelecidos, então, em função da avaliação pela gerente das condições de encaminhamento, pela abertura de turmas de aprendizagem nas instituições formadoras e demanda da empresa. Percebe-se, assim, que nesses dispositivos da rede de serviços substitutivos ao manicômio do Município de Belo Horizonte destinado ao cuidado em saúde mental, que o usuário aderido ao tratamento e com quadro estável torna-se beneficiário do projeto, se contemplados os critérios anteriormente

descritos. Cabe ressaltar que a partir do ano de 2019 o ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas também passa a selecionar beneficiários, conforme detalhado mais adiante.

Na Figura 2, abaixo, busca-se demonstrar o caminho que um indivíduo com diagnóstico de psicose grave, com barreiras psicossociais de longa duração, percorre até tornar-se um beneficiário do projeto de inclusão.

Figura 2 – Fluxo dos Encaminhamentos dos Beneficiários do Projeto dos Usuários dos Centros de Convivência (SUS – BH)



Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa (2023). Adaptado de PBH (2021).

Os gerentes dos Centros de Convivência, além de desenvolverem ações de encaminhamento ao trabalho, acompanham os usuários e monitoram a inclusão. Ainda atuam

em ações conjuntas com o MTE na sensibilização de empresas e da RAPS. Assim, de acordo com PBH (2021), assumem as seguintes atribuições:

1. Visitar e realizar oficinas de sensibilização nas empresas parceiras - gerentes de Centros de Convivência SRTE/MG, SENAC/MG;
2. Realizar reuniões mensais de acompanhamento com todos os parceiros envolvidos;
3. Encaminhar os usuários e realizar o acompanhamento semanal, se possível;
4. Informar e receber demandas do RH, do SENAC/MG e da Rede Cidadã, que farão contato com gerentes dos centros de convivência em caso de necessidade;
5. Promover oficinas de sensibilização ou intervenções na empresa. Estes eventos poderão ocorrer no decorrer do processo, em caso de necessidade;
6. Viabilizar a realização de seminários na RAPS e eventos para compartilhamento da experiência.

Da parceria com poder público local – SMSA/PBH, é importante ressaltar que foram realizados questionamentos junto aos atores sociais que desenvolvem o projeto no Município de Belo Horizonte (MG) sobre a existência de acordos institucionais para o desenvolvimento do projeto. Essas indagações demonstraram que inexistem documentos oficiais que revelem essas articulações institucionais oficiais. Apesar disso, ele segue sendo executado.

Cabe ressaltar que, de acordo com dados da pesquisa (2021- 2022), “[...] em 2019, o Hospital das Clínicas da UFMG também se tornou um parceiro do projeto”. É o que elucidamos, na sequência.

2.3.2.2 Hospital das Clínicas (UFMG)

O Hospital das Clínicas (HC) é um Hospital Universitário Federal, vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais UFMG. Esta categoria de hospitais é considerada no campo da assistência à saúde como “[...] centros de referência de média e alta complexidade para o SUS. Então, na condição de hospital universitário, o HC atua como centro de formação de recursos humanos na área da saúde”. Aliado a isso, presta apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão da instituição superior de ensino a qual está vinculado. (EBSH, 2022)

A participação do HC no encaminhamento de pessoas em sofrimento mental de longa duração para os postos de trabalho iniciou-se em 2019. Conforme relatos da coordenação do

projeto na instituição, a aproximação com o projeto se deu de forma informal. Foi realizada reunião com a coordenação do projeto do SRTE/MG para pleitear a possibilidade de participação do HC no projeto. É importante ressaltar que durante o trabalho de campo (2022)¹⁵ ficou demonstrado que não existem registros oficiais a esse respeito. Porém, a instituição é reconhecida como parceiro do projeto e a ela são reservadas vagas no curso de formação e nas empresas.

No caso do HC, os mecanismos de inclusão das pessoas em sofrimento mental são diferentes daqueles praticados pelos centros de convivência. Isso porque, o HC funciona com ambulatorios, portanto, a lógica é hospitalar. Contudo, é importante salientar que não se trata de um lugar de internação, o serviço está estruturado em ambulatorios de psiquiatria, dentre eles o de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Nos ambulatorios a patologia é tratada e, quando estabiliza o quadro psiquiátrico, a pessoa pode ser encaminhada para atividades de ressocialização, dentre elas, para o trabalho. Outra ressalva importante é que os critérios para delimitar quem será encaminhado para as vagas nas empresas são semelhantes aos utilizados pelos centros de convivência. Assim, para ser um possível beneficiário do projeto, o paciente necessita ter um quadro de longa duração e a equipe perceber que aquela patologia trouxe barreiras psicossociais (Dados da Pesquisa, 2022).

Diante disso, há indícios de que o mecanismo de inclusão de pessoas no trabalho é simplificado, ou seja, as acadêmicas do curso de enfermagem da UFMG, estagiárias dos ambulatorios de psiquiatria, fazem uma primeira triagem na sala de espera dos ambulatorios, questionando se a pessoa deseja trabalhar ou possui benefícios previdenciários e antecedentes profissionais. Buscam também estabelecer alguns indicadores psicossociais, tais como, habilidades, escolaridade, capacidade de mobilidade, local de residência etc. Determinados esses primeiros indicadores, a pessoa pode, ou não, ser incluída em uma lista de espera pela oferta de vagas, podendo ser um futuro beneficiário do projeto. É importante ressaltar, que o trabalho com sujeitos diagnosticados com os transtornos anteriormente mencionados, envolve muitas incertezas, ou seja, a triagem pode apontar a pessoa como um possível beneficiário do projeto em determinado momento e, quando surge a vaga, a pessoa desestabilizou o quadro, não sendo possível o encaminhamento.

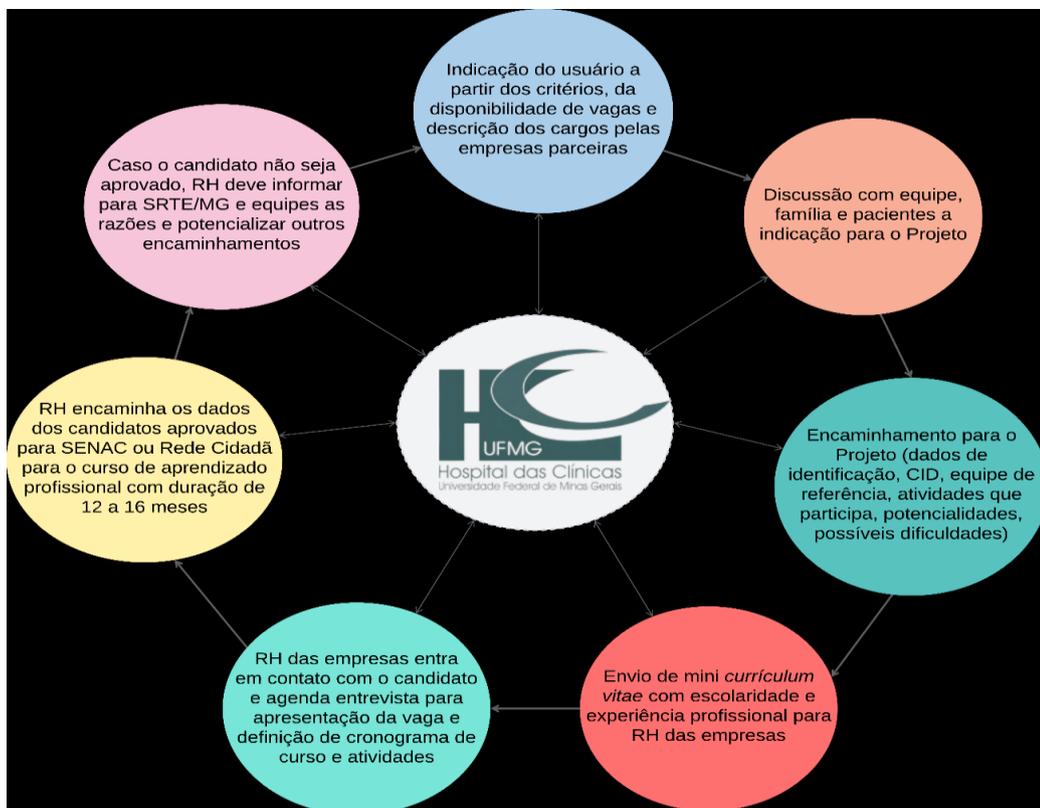
Em relação ao monitoramento das ações no projeto, os dados da pesquisa revelaram que fica a cargo das duas enfermeiras dos ambulatorios acompanharem as pessoas na empresa e no período de formação. Assim, em caso de intercorrências, o RH ou o profissional

¹⁵ Entrevista com o coordenador dos ambulatorios de psiquiatria do HC em 17 de novembro de 2022.

responsável do curso de formação profissional comunicam à responsável do HC, fazendo com que a equipe mobilize recursos na busca da solução para o problema. Um exemplo disso é a antecipação da consulta com o psiquiatra no ambulatório para avaliar a necessidade, ou não, de afastamento do trabalho ou do curso.

Em síntese, na Figura 3, em seguida, observa-se o caminho que um indivíduo com diagnóstico de psicose grave, com barreiras psicossociais de longa duração, percorre até tornar-se um beneficiário do projeto de inclusão, com indicação pela equipe do Hospital das Clínicas.

Figura 3 – Fluxo dos Encaminhamentos dos Beneficiários do Projeto Usuários dos Ambulatórios de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. (UFMG - SUS)



Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa (2023).

Desse modo, percebe-se que, a participação do HC no Projeto é mais tímida que a dos centros de convivência em termos de indicação para o trabalho. Uma explicação para isso é que os ambulatórios de psiquiatria do HC atendem pacientes de todo o Estado de Minas Gerais e, isso, faz com que muitas pessoas tenham o desejo de trabalhar, mas devido às dificuldades com a mobilidade e custos com o deslocamento, a participação fique inviabilizada. Outra evidência importante é que a equipe que se dedica ao projeto na instituição é reduzida: a coordenação dos ambulatórios, duas enfermeiras e as acadêmicas de

enfermagem no projeto de extensão. Contudo, é importante ressaltar que são realizados esforços no sentido de ampliar a participação. Um exemplo disso é a inclusão recente de uma aluna da pós-graduação cuja pesquisa se dedicará à criação de um indicador que medirá índices de qualidade de vida das pessoas que foram incluídas pelo projeto no mercado formal de trabalho. Percebe-se, com isso, que a participação do HC pode trazer ganhos secundários ao projeto na forma de pesquisa e extensão.

No que diz respeito às indicações para o trabalho das instituições (HC e centros de convivência), é importante ressaltar, que, de acordo com PBH (2021) e dados da pesquisa (2021 – 2023), estão contempladas na indicação ao projeto algumas exceções, como, por exemplo, os usuários que não têm interesse em participar das oficinas/ atividades do Centro de Convivência podem ser encaminhados diretamente para vagas para PCD, fora do projeto, pelos profissionais que os atendem na RAPS ou no Hospital das Clínicas. Nos casos com diagnósticos CID - 10 de F 70 a F 79 (retardo mental), os pacientes não podem ser encaminhados como beneficiário do projeto, sendo necessário o laudo médico informando o CID e, em alguns casos, o laudo caracterizador da deficiência intelectual, preenchido pelo médico e outro profissional de saúde. Há também aqueles que desejam participar do projeto, apresentando laudos ou relatórios fornecidos para perícia do INSS, porém, tais laudos ou relatórios se referem geralmente à incapacidade ou impedimentos para o trabalho, o que dificulta a inclusão. É possível também que a pessoa pleiteie uma vaga sem ser indicada pelo HC ou Centros de convivência. Para tal, busca-se o SINE¹⁶ ou o Núcleo de Igualdades e oportunidades - Superintendência Regional do Trabalho – MG ou a Rede Cidadã. Esta última é uma entidade de assistência social que desenvolve programas e projetos de forma continuada. Busca organizar a sociedade civil, empresas e órgãos públicos para geração de trabalho e renda desde 2002. É parceira do projeto desde 2019, conforme detalhado em seguida.

2.4 Outros Parceiros: as instituições formadoras e as empresas

De 2014 a 2019, o SENAC/MG foi o único responsável por ofertar a formação dos trabalhadores do projeto. Essa escolha pode ser justificada pela participação da instituição no

¹⁶ O posto do Sistema Nacional de Emprego está instalado no Núcleo de Cidadania da Câmara Municipal de Belo Horizonte, implantado em parceria com a Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social, por meio da Subsecretaria de Trabalho e Emprego do Governo de Minas Gerais. Ver mais detalhes em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/servicos/sine#:~:text=O%20posto%20do%20Sistema%20Nacional,ao%20cidad%C3%A3o%20a%20emiss%C3%A3o%20da>. Acesso em 20 de agosto de 2021.

Sistema S, que pode ser definido, segundo a Agência Senado (2023)¹⁷, como “[...] o conjunto de organizações das entidades corporativas voltadas para o treinamento profissional, assistência social, consultoria, pesquisa e assistência técnica” Como todas as organizações têm o nome iniciado com a letra S, com raízes comuns e características organizacionais similares, convencionou-se nomeá-los Sistema S. Integram esse sistema o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI); o Serviço Social do Comércio (SESC); o Serviço Social da Indústria (SESI); e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC); o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR); o Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOOP); e Serviço Social de Transporte (SEST) (BRASIL, 2023)

Percebe-se, assim, que a participação da instituição no projeto deveu-se, em primeiro lugar, ao fato de ela possuir tradição (desde 1947) na atuação como “agente de educação profissional para o comércio de bens, serviços e turismo do Brasil”. Fato esse relevante, já que a maioria dos cargos gerados pelo projeto se inserem no setor de varejo (repositor de mercadorias). Isso porque os supermercados são empregadores expressivos, gerando assim, de acordo com Lei de cotas, maior número de postos de trabalho para pessoas com deficiência, categoria em que estão as pessoas em sofrimento mental de longo prazo incluídas pelo projeto (SENAC, 2023)¹⁸.

Outros argumentos para explicar a etapa do projeto destinada à formação são aqueles apresentados por Silveira e Fiuza (2020),¹⁹ “[...] a aprendizagem profissional é um contrato de trabalho previsto na CLT com o objetivo de formação técnico-profissional. São três as partes envolvidas: o aprendiz, a empresa e a entidade que irá ministrar a aprendizagem”. Para os autores, essa modalidade de entrada no mercado de trabalho permite que o aprendiz, a entidade formadora e a empresa contratante dividam e compartilhem direitos e responsabilidades. Além disso, ressaltam que a não existência de limite máximo de idade para o aprendiz com deficiência e a não exigência de escolaridade mínima são fatores facilitadores tanto da participação no curso, quanto da posterior inserção no trabalho.

Desde 2014, quando foi realizado o primeiro piloto do projeto de inclusão, percebe-se que ocorreram pequenos ajustes, principalmente na adesão de novos parceiros. Isso, segundo

¹⁷ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/sistema-s>. Acesso em 20 de março de 2023.

¹⁸ Ver mais detalhes em: <https://www.mg.senac.br/paginas/osenac.aspx>. Acesso em 20 de março de 2023.

¹⁹ Publicação intitulada – Possibilidade de Trabalho Para Pessoas com Esquizofrenia trata da experiência de inclusão produtiva de pessoas com esquizofrenia no mercado de trabalho formal trata da experiência desenvolvida no Hospital das Clínicas, Departamento de Saúde Mental Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais, que a partir de 2019 passa a integrar o Projeto. (Dados da Pesquisa exploratória, 2021).

os relatos das experiências dos atores envolvidos, não alterou o desenho inicial do projeto. Uma das alterações sofridas está amparada na Lei 10.097/2000 - Artigo 430, onde está prevista a inclusão de outras entidades qualificadas em formação técnico-profissional metódica na hipótese de os Serviços Nacionais de Aprendizagem não puderem atender à demanda total de formação. Desta Lei, interessa o inciso II, que prevê a inclusão de “[...] entidades sem fins lucrativos, que tenham por objetivo a assistência ao adolescente e à educação profissional, registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.” Foi com base nessa legislação que, em 2019, a Rede Cidadã²⁰ começou atuar também na etapa de formação do projeto, permitindo, com isso, a ampliação de turmas ofertadas e a inclusão do cargo de auxiliar administrativo como um dos perfis de emprego dos beneficiários do projeto aqui estudado. Acredita-se que isso beneficie as pessoas em sofrimento mental com maior grau de escolaridade e aquelas com experiência prévia no mercado de trabalho.

De acordo com o Estatuto Social da rede cidadã, trata-se de uma Associação Civil de direito privado instituída em 22 de outubro de 2002. A entidade possui “[...] natureza filantrópica, com atuação na área da assistência social, de forma articulada e integrada com as demais políticas públicas, sem fins lucrativos.” Tem por finalidade, dentre outras, promover as ações sociais realizadas pelos órgãos públicos, empresas privadas e entidades sem fins lucrativos, criando atividades em forma de rede. Com isso, é possível perceber que a instituição tem em sua denominação características compatíveis com os objetivos do projeto. Dito de outra forma, busca na articulação público-privada em rede contribuir com ações para incluir pessoas em sofrimento mental, consideradas em vulnerabilidade social, no mercado formal de trabalho.

Outro fator que ajuda a entender a inclusão da rede cidadã no projeto é uma declarada *expertise* na formação técnico-profissional para o mercado de pessoas com deficiência, com a aplicação da Lei da aprendizagem. O que diferencia a participação no projeto dessa instituição e a do SENAC/MG é que, de acordo com evidências da pesquisa (2022)²¹, a participação das pessoas em sofrimento mental no projeto de inclusão via rede cidadã pode ocorrer em cursos de auxiliar administrativo, devendo ser custeada pelas empresas. O valor declarado é de cerca de R\$ 300,00 mensais por pessoa, sendo a oferta de cursos com uma maior duração, cerca de

²⁰ Disponível em: <https://www.redecidada.org.br/> Acesso em 20 de agosto de 2021. Outra fonte foram as informações fornecidas pela equipe de profissionais responsável pelo projeto na instituição em reunião para apresentação da pesquisa em 19 de dezembro de 2022.

²¹ Evidências encontradas a partir da participação no curso de formação profissional, utilizando-se de critérios de observação participante, no período de 9 a 13 de janeiro de 2023, por quatro horas diárias.

16 meses. No caso do SENAC/MG, o curso tem duração de 12 meses e é, conforme dito anteriormente, custeado por contribuições compulsórias previstas em Lei para a formação técnico-profissional de trabalhadores no sistema S.

Outra diferença percebida entre os cursos nas duas instituições formadoras é que, no SENAC/MG, os participantes do projeto são considerados adultos, podendo, nos horários de intervalo do curso, sair da instituição e depois retornar, com exceções. Pelo que foi possível perceber durante as observações de campo, os beneficiários do projeto saem da instituição para irem a lanchonetes na redondeza ou ficam na rua, próximos à portaria, conversando. Já na Rede Cidadã, são tratados nos mesmos moldes de outros aprendizes, ou seja, não têm permissão para deixar a instituição durante o período de quatro horas, nem no período de intervalo para o lanche. Esse fato aumenta o controle da instituição das ações das pessoas em sofrimento mental no período em que estão sob a responsabilidade. Por outro lado, gera incômodo, segundo relatos durante a pesquisa de campo (2023), não ser tratado como adulto, limitando a autonomia.

Da etapa de formação percebe-se, então, a criação de algumas estratégias, visando a resolver desafios que têm relação com o perfil da pessoa em sofrimento mental. Essas estratégias que foram criadas pelos agentes públicos ainda na etapa do projeto piloto são, de acordo com evidências da pesquisa (2022 – 2023), as seguintes:

- i. O número de horas reduzidas para a etapa de formação (4 horas) para que as pessoas em sofrimento mental se adaptassem gradativamente ao trabalho;
- ii. O funcionamento das turmas reservadas ao aprendizado realizado em horário que facilite a continuidade do tratamento nos dispositivos de saúde mental do município e, principalmente, considere o fato de que a medicação lentifica e leva a uma sonolência, o que seria um desafio, se as turmas de aprendizagem fossem ofertadas no turno da manhã;
- iii. Oferta de treinamento profissional para nivelar o trabalho ofertado nas empresas. Isso porque, o nível de escolaridade, a idade, a experiência pregressa no mercado de trabalho, o nível de inclusão digital dos beneficiários do projeto são muito diferentes entre eles, sendo necessário oferecer a formação profissional concomitante com o trabalho na empresa durante, pelo menos, um ano;
- iv. Utilização de aparato legal – LBI (2015), possibilitando que o período de treinamento profissional fosse remunerado e que os trabalhadores pudessem contar com custeio das despesas nessa etapa do Projeto. Assim, no período de

aprendizagem eles recebem uniformes da instituição formadora, lanche e há o custeio das despesas com deslocamento;

- v. Turmas exclusivas para os incluídos no projeto, com professores pedagogos/psicólogos, sendo previsto um auxiliar em sala de aula.
- vi. Os beneficiários do projeto que iniciam no processo de aprendizagem são efetivados no trabalho e, segundo as evidências da pesquisa de campo (2022 – 2023), a aprovação no curso não é obrigatória e nem é condição para que ele seja contratado.

É importante salientar que essas estratégias podem significar também maior controle por parte dos agentes públicos envolvidos no projeto. Isso porque, as instituições formadoras possuem instrumentos para monitorar ausências ao curso ou às atividades na empresa, atrasos e adoecimentos. Identificado algum problema, a instituição remete ao centro de convivência ou aos ambulatórios de psiquiatria do Hospital das Clínicas a que o aprendiz está vinculado e/ou à coordenadora do projeto.

De acordo Silveira e Fiuza (2020), referindo-se à experiência em parceria com o Hospital das Clínicas (UFMG), detalhada anteriormente, “[...] no fim da aprendizagem, o participante é contratado como empregado da empresa, com todos os direitos assegurados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)”. Os autores acreditam que alternar aprendizagem teórica e prática pode aumentar as chances de continuidade da pessoa em sofrimento mental no trabalho: “[...] espera-se com este projeto que as pessoas com esquizofrenia possam ter o suporte necessário para o ingresso no mercado de trabalho de forma gradual, aumentando a chance de êxito”.

Atualmente, fazem parte do projeto 11 empresas parceiras, dentre elas supermercados, hospitais, laboratórios, farmácias e empresa do setor de telecomunicações. Também aderiram empresas em Contagem - MG, cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte e o município de Juiz de Fora - MG. As evidências do campo (2022) demonstraram que o papel da iniciativa privada no projeto tem relação com a obrigação legal do cumprimento das cotas para pessoas com deficiência e, devido a isso, controlam o número de vagas ofertadas. Para além, através do setor de RH, filtram os beneficiários que irão ser contratados, ou seja, nem todos que são encaminhados, serão contratados.

2.5 Pioneirismo na inclusão produtiva das pessoas em sofrimento mental no mercado de trabalho formal de trabalho?

Em síntese, constata-se que o projeto desenvolvido em Belo Horizonte - MG tem de original a inclusão da pessoa com transtorno mental, em especial esquizofrênicos e com transtorno afetivo bipolar, como deficiente mental, no mercado formal de trabalho. Há indícios de que a alteração nos regramentos jurídicos brasileiros, inspirados na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, no início da década de 2000, acrescida da LBI (2015), facilitou o reconhecimento da deficiência como um fenômeno localizado na interface biológica, psíquica, social e política do sujeito, possibilitando, com isso, a inclusão de pessoas com transtorno mental de longa permanência nessa categoria.

Outra constatação importante é que o *know-how* acumulado pelo MTE na inserção de deficientes no mercado formal de trabalho foi um dos facilitadores para o desenho do piloto, em 2014. Isso contribuiu também para a implementação e ampliação do projeto nos anos subsequentes. Acrescido a isso, as atribuições dos (as) trabalhadores (as) do SRTE/MG na fiscalização do cumprimento da Lei de Cotas (1993) mostraram-se determinantes para que fosse realizada a reserva de vagas nas empresas para pessoas em sofrimento mental. Há evidências que o poder de sanção desses agentes públicos influencia tanto o escopo como o tamanho do projeto ao longo do tempo (Dados da Pesquisa, 2023).

O projeto se beneficia também da tradição de uma instituição do sistema S – SENAC/MG na formação profissional de trabalhadores para o comércio. Isso foi determinante, principalmente na fase do projeto piloto, pois as empresas já contribuem compulsoriamente para esse sistema. Para além, o fato de a instituição ser experiente em ofertar treinamento para o cargo de repositor de supermercado contribuiu para agilizar a implementação e ampliação do projeto. Os achados do campo demonstraram (2022 – 2023) que o setor de comércio é o principal empregador dos beneficiários do projeto. Outra constatação importante é que, a partir de 2019, o projeto ganha um novo arranjo institucional, incluindo uma associação do terceiro do setor como parceiro para a formação profissional. Isso se mostrou importante, principalmente, para que fossem ofertadas vagas de auxiliar administrativo para os beneficiários, ampliando a possibilidade de inclusão em cargos que exigissem maior grau escolaridade.

É importante salientar que a *expertise* dos centros de convivência (SUS – BH) em oferecer atividades de reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento mental contribuiu, tanto para a implementação do projeto, quanto para monitoramento das ações junto às empresas e aos beneficiários. No entanto, a quantidade de agentes públicos (gerentes dos

centros de convivência) envolvidos com o projeto ao longo do tempo não se alterou. É importante ressaltar que suas decisões estão pautadas na partilha de caso a caso com a RAPS ou com outros funcionários da instituição, o que ameniza o peso das ineficiências contidas entre o encaminhamento do beneficiário para a vaga de emprego e a efetivação no mercado de trabalho.

Das empresas, há indícios de que a inclusão da iniciativa privada no projeto pode proporcionar uma mudança na concepção da loucura nessas organizações. As evidências de campo (2022 – 2023) demonstraram que alguns beneficiários do projeto possuíam experiência progressa no mercado de trabalho, mas os contratos eram de curta duração, pois se mentia sobre o transtorno mental na entrevista de emprego com receio que o estigma do louco perigoso levasse à recusa da contratação. Assim, ao que tudo indica, o projeto proporcionou aos beneficiários o direito ao tratamento nas unidades de saúde com o conhecimento do RH e a possibilidade dos afastamentos por motivo de doença sem o temor da demissão por esse motivo.

A partir dessas constatações, no Quadro 1, abaixo, realiza-se um esforço para distribuir as ações do projeto em dimensões: política, econômica, jurídica e psicossocial. Isso, para compreender os principais aspectos que estão envolvidos na definição do sujeito da inclusão, de louco a deficiente e sua promoção à agente econômico em atuação no mercado formal de trabalho.

Conforme é possível observar, as dimensões se entrelaçam demonstrando um esforço por parte do Estado brasileiro no sentido de reconhecimento de sujeitos em sofrimento mental como cidadão de direitos, inclusive ao trabalho. Contudo, mesmo se considerados deficientes mentais, como é o caso dos beneficiários do projeto, existem, de acordo com Andrade *et.al*, (2021)²², algumas ressalvas a serem realizadas no que diz respeito ao preenchimento da reserva de vagas pela Lei de Cotas. Para as autoras, não é possível afirmar que há efetiva inclusão das pessoas com deficiência, pois, comumente, as vagas são ofertadas com o único intuito de preencher a cota, não se atentando às aptidões dos candidatos, nem à possibilidade de crescimento profissional.

²² As autoras analisam a inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho abordando aspectos histórico, legislativo e social, principalmente em relação às discriminações enfrentadas por esses trabalhadores. Disponível em: <https://www.trabalhodigno.org/post/inclusaoepcd>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

Quadro 1 - Dimensões da Definição do sujeito da inclusão no projeto

Categoria	Descrição
Política	Do ponto de vista macro, o projeto encontra-se na interseção de duas políticas públicas de coordenação vertical de poder (Política Nacional de Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas e Política Nacional Para Pessoas com Deficiência). Ambas adotam modelos sistêmicos de implementação que se caracterizam pela transversalidade, intersetorialidade com algum grau de participação dos vários atores envolvidos e voltados à efetividade. Em termos micro, foi possibilitado pela articulação de um mosaico de atores sociais públicos (Ministério do Trabalho e Emprego, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Gerência de Saúde Mental e o Hospital das Clínicas - UFMG); privados (Empresas e SENAC/MG) e o terceiro setor (Rede Cidadã) conectados em rede, em arranjos público-privado, não constando oficialmente acordos ou contratos formais. A esse respeito, é importante esclarecer que existem documentos oficiais que celebram a parceria do Ministério do Trabalho e Emprego e Empresas. Isso porque, existe um marco legal (Lei de Cotas) fundamentando tais parcerias.
Econômica	Busca gerar trabalho e renda para pessoas em sofrimento mental de longa duração, em especial, esquizofrênicos e com transtorno afetivo bipolar. As ações de agentes públicos federais do SRTE/ MG captam as oportunidades de emprego nas empresas durante a fiscalização da Lei de Cotas. Disfruta de recursos financeiros federais previstos na Política Nacional de Álcool e Outras Drogas para o funcionamento dos dispositivos de atenção primária em saúde e inserção social do município de Belo Horizonte – MG. Utiliza-se também de recursos financeiros investidos pelo poder público municipal na contratação de técnicos da equipe multiprofissional da RAPS para a execução e monitoramento dos processos. Mobiliza ainda recursos investidos pelo SUS nos hospitais universitários para viabilizar a inserção de pessoas em sofrimento mental que vivem em uma área de maior abrangência, a região metropolitana de Belo Horizonte - MG. Proporciona a formação profissional, a aquisição de novas habilidades pelos sujeitos e a entrada gradativa no mercado de trabalho, utilizando-se de recursos do sistema S. Utiliza-se de recursos da iniciativa privada para a formação profissional na rede cidadã e com isso, possibilita que o projeto amplie os beneficiários que podem ocupar cargos de auxiliar administrativo.
Jurídica	Mobiliza vasta legislação: Constituição Federal do Brasil de 1988; Lei de Cotas (8.213/1991); Decreto 3298/1999; Lei 10.097/2000; Lei da Política Nacional de Saúde Mental (10.216/2002); Convenção Internacional da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007); Decreto nº. 6.949 de 25.08.2009; Lei Brasileira de Inclusão 13.146/2015. São dispositivos legais que contribuem para o reconhecimento da pessoa com transtorno mental como cidadão de direitos, inclusive ao trabalho. Para tanto, transformam a sua condição médico-jurídica (de louco à deficiente) e, com isso, é possível incluí-los no mercado formal de trabalho.
Psicossocial	Reconhece que as barreiras encontradas pela pessoa com transtorno mental de longa duração são de caráter psicossocial, envolvendo variáveis, tais como, biomédicas, psicológicas, culturais, econômicas e sociais. O arranjo público-privado, amparado na legislação brasileira disponível para a pessoa com deficiência, age na interface entre deficiência e loucura. Ainda assim, inexistem dispositivos estatais para realizar a avaliação psicossocial. Os agentes públicos do projeto atuam, então, para suprir essa ausência de dispositivos do Estado. Para tanto, criam estratégias para aumentar o controle da ação: Selecionam empresas e instituições de formação profissional; realizem a triagem dos sujeitos e monitoram suas ações durante o processo de formação e no trabalho dentro das empresas. Mobilizam as parcerias internas e externas ao projeto para ampliá-lo e buscam controlar as ineficiências.

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa, 2023.

Mesmo cientes dos desafios, os trabalhadores da linha de frente envolvidos no projeto seguem, desde 2014, encaminhando para o mercado de trabalho pessoas em sofrimento mental. Na próxima seção, apresentam-se reflexões teóricas que ajudam a compreender quais os mecanismos utilizam para tanto.

3 O PROBLEMA SOCIOLÓGICO FUNDANTE

Se o interesse desta pesquisa é compreender, do ponto de vista sociológico, como agentes públicos de Belo Horizonte – MG implementam uma política pública de reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento mental, tendo o trabalho como uma possibilidade, é importante investigar quais os conflitos estes trabalhadores enfrentam para equalizar o serviço público real, com sua limitação de recursos e, o serviço público ideal, com as suas máximas aspirações, buscando atender os direitos dos cidadãos. Para identificar as estratégias que esses atores sociais utilizam para implementar essa política, transformando psicóticos graves em agentes econômicos no mercado de trabalho, é importante eleger um arcabouço teórico capaz de oferecer respostas ao problema sociológico suscitado. É o que se apresenta, a seguir.

3.1 Burocratas de nível de rua: uma categoria analítica

Na década de 1980, foi desenvolvido um marco analítico importante nas tentativas de compreender a centralidade das políticas públicas e como avaliar os processos de sua implementação. Trata-se da obra seminal de Michael Lipsky, conforme nos adverte Higgins, *et.al* (2016)²³; Costa (2017) e Wells (1996). No prefácio da celebração de 30 anos da obra, Gabriela Lotta (2020) reforça que, numa perspectiva sociológica utiliza-se da análise do autor para compreender as interfaces entre Estado e Sociedade, em especial, nos estudos de implementação de políticas públicas. Partindo do pressuposto de que a implementação de políticas públicas é *locus* privilegiado para quem pretende analisar as ações do Estado, Lipsky (1980) inova ao eleger uma nova categoria de análise: ‘Os burocratas de nível de rua’. É importante ressaltar que essa expressão traduzida a partir do original em inglês, *Street-level Bureaucracy (SLB)*, será substituída em alguns momentos no texto pela expressão ‘trabalhadores (as) da linha de frente’. A adoção desse critério pode ser justificada pela constatação de que a expressão burocratas de nível de rua gerou desconforto nos (as) interlocutores (as) da pesquisa, conforme observado pesquisa de campo (2022-2023). Esse fato pode ser explicado, em parte, pela conotação de lentidão e ineficiência de processos públicos que o termo ‘burocrata’ adquiriu no Brasil. Diante disso, optamos pela substituição do termo sem, com isso, perder de vista as contribuições da categoria analítica criada pelo autor para compreender o problema sociológico investigado.

²³ Os autores analisam a implementação do Programa Estrutural em Áreas de Risco (PEAR) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Brasil) e, ao mesmo tempo, submetem a teste a teoria de Michel Lipsky (1980).

Os SLBs são, na visão de Lipsky (1980, p.13), os executores das políticas públicas. São os trabalhadores que atuam na linha de frente (professores, policiais, assistentes sociais), agentes públicos com baixo nível hierárquico, ou seja, uma classe de atores no processo da política que enfrentam as pressões que envolve a execução de um serviço público no dia a dia e no nível local. Dito de outra forma, “os cidadãos experenciam o governo através deles e suas ações são de fato as políticas públicas providas pelo governo”. Assim, é através desses atores que “[...] os direitos são, ou não, adquiridos que a eficiência é, ou não, conquistada, que as desigualdades são, ou não, reduzidas” (Lotta, 2020).

Uma ressalva é que o termo ‘burocratas de nível de rua’ esconde um paradoxo. Por um lado, os SLBs enfrentam a dificuldades do trabalho com o cidadão, equilibrando demandas e recursos disponíveis para oferecer um tratamento individualizado. Por outro, esses trabalhadores da linha de frente são resultado das estruturas dos seus postos de trabalho, ou seja, existem estruturas sistêmicas (os conselhos profissionais e a política que rege as burocracias a que estão vinculados) que ditam a condição e as circunstâncias do trabalho a ser executado. Assim, para Lipsky (1980, p. 16), “[...] o termo sinaliza para um paradoxo, porque ‘burocracia’ implica um conjunto de regras e estruturas de autoridade; ‘nível de rua’ implica uma distância do centro onde, presumivelmente, a autoridade reside”.

Na compreensão dos dilemas enfrentados pelos SLBs, é importante reconhecer uma dimensão crítica no trabalho desses atores políticos, o exercício da discricionariedade (liberdade de ação administrativa, dentro dos limites permitidos por Lei). Assim, se, por um lado, o trabalho não pode ser executado segundo os mais elevados padrões de tomada de decisão nas diversas áreas, porque os trabalhadores de nível de rua não dispõem de tempo, informações ou outros recursos necessários para responder de forma adequada ao processo político que deu origem a determinada ação, por outro, com o uso da discricionariedade, influenciam, fortemente, através da improvisação e capacidade de resposta a cada caso individual, os resultados da política e das organizações. Essas afirmações sugerem, segundo o autor, que:

“[...] a compreensão das políticas públicas nas burocracias de nível de rua requer analisar como respostas não controladas dadas pelos burocratas de nível de rua em seu trabalho se combinam com as normas e pronunciamentos oficiais das organizações e ambas geram a experiência real que o público tem a interagir com as organizações públicas” (LIPSKY, 1980, p.16)

Percebe-se, então, que, de acordo o autor, os SLBs ou os trabalhadores da linha de frente são os executores, em ato, de qualquer política pública. Isso sob dois aspectos inter-relacionados: Exercem alto grau de discricionariedade nas decisões que afetam o cidadão com

quem interagem e possuem relativa autonomia em relação à organização à qual estão vinculados. Assim, são eles que irão determinar a quantidade e qualidade dos serviços prestados e sanções que serão distribuídas pelas burocracias aos cidadãos.

O autor elege o *locus* situacional dos atores políticos reconhecidos como ‘burocratas de nível de rua’ para a construção de duas hipóteses. A primeira tem relação com as funções e desempenho desses profissionais e a segunda, com a concepção de que produzem forte impacto na vida dos cidadãos no espaço social local em que estão inseridos. Assim, parte do pressuposto de que os SLBs racionalizam o serviço a ser entregue aos cidadãos através da criação de critérios de elegibilidade que equilibram as demandas dos sujeitos e a escassez de recursos. E, ao mesmo tempo, realizam simplificações cognitivas para equalizar a desproporção existente entre o ideal e as expectativas dos cidadãos e a realidade do serviço ofertado.

Lipsky (1980, p.47) adverte que, “[...] as decisões dos burocratas de nível de rua tendem a ser redistributivas, bem como alocativas”. Para o autor, quando os SLBs determinam a elegibilidade dos usuários com relação aos benefícios, eles intensificam as reivindicações de alguns cidadãos por bens e serviços governamentais e distribuem os recursos do Estado. Dito de outra forma, “[...] aumentando ou diminuindo a disponibilidade de benefícios à população de baixa renda, eles implicitamente regulam o nível de redistribuição que será pago pelos setores mais abastados”. Então, é possível dizer que o autor está atribuindo aos SLBs o papel de regulador de conflitos distributivos, pois, por um lado, espera-se que contribuam para o equilíbrio entre despesas públicas e prestação de serviços (Estado). Por outro, representam a esperança do cidadão de um tratamento justo e efetivo do governo (Cidadão). Enfim, são agentes de controle social na medida em que equalizam o dilema entre o esperado e o realizado.

Outra constatação importante na obra de Lipsky (1980, p.52) se refere às funções exercidas pelo setor público, em que se destaca o papel de atenuar o impacto do sistema econômico. No caso do objeto da pesquisa, essas constatações são especialmente úteis para compreendermos os valores que fundamentam as estratégias utilizadas pelo Estado na inclusão dos indivíduos em sofrimento mental no mercado formal de trabalho. Na concepção do autor “[...] programas de incentivo profissional e inserção no mercado de trabalho buscam atenuar o impacto do desemprego ou reduzir a insatisfação quanto ao mercado”. Sendo assim, tudo indica que, na concepção de Lipsky (1980), programas como o que inclui pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho em Belo Horizonte, são projetados e

implementados para transmitir a mensagem de que o apoio social do Estado deve ser evitado e que mesmo um trabalho mal remunerado é preferível à assistência social.

Diante disso, consideramos que a perspectiva de Lipsky (1980) é pertinente, para a compreensão da implementação do projeto da inserção produtiva no mercado formal de trabalho de pessoas em sofrimento mental em Belo Horizonte - MG. Os indícios encontrados na pesquisa (2022 - 2023) demonstram a importância dos (as) trabalhadores da linha de frente, tanto da PBH, por intermédio dos gerentes dos centros de convivência, quanto dos funcionários do Hospital das Clínicas, por meio do coordenador, enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, para selecionar os beneficiários. É importante destacar também a centralidade dos agentes públicos vinculados à SRTE/MG. Através de suas atribuições, idealizaram o projeto de inclusão, selecionam parceiros e monitoram as ações, ou seja, são eles que delimitam quais empresas e instituições de formação profissional irão participar e, indiretamente, quantas vagas de emprego irão ser ofertadas.

Percebe-se, assim, que os trabalhadores da linha de frente que implementam o projeto com pessoas em sofrimento mental utilizam-se do poder discricionário para eleger quem e onde irá ser inserido no mercado de trabalho. Constata-se, na mesma direção que Lipsky (1980), que a forma como esses SLBs se utilizam de simplificações cognitivas para equilibrar a expectativa por trabalho do cidadão em sofrimento mental e a realidade da política de Estado para este fim, é útil para entender os mecanismos de controle social que essa experiência revela.

3.2 A agenda estatal em saúde mental

O primeiro esboço de política pública na área da saúde mental surge em 1890, com o advento da República e a criação da assistência médico-legal aos alienados. Desde o seu primeiro desenho, no século XIX, a política de saúde mental sofreu influências que foram determinantes para a criação de um marco regulatório para um tratamento mais humanizado para a loucura - Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, também denominada a Lei da reforma psiquiátrica brasileira.

No Quadro 2, abaixo, busca-se sintetizar as principais influências que possibilitaram o marco regulatório para a política pública de saúde mental brasileira nos anos 2000. Isso, para compreendermos as forças sociais que determinaram a promulgação da Lei e como isso impacta as ações de reinserção social pelo trabalho, interesse central da pesquisa.

Quadro 2: Forças Propulsoras para a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira

Fato Propulsor	Descrição
Marco inaugural para os cuidados em saúde mental	Com a chegada da família real portuguesa, em 1808, ao Rio de Janeiro, a cidade é transformada em capital do Império. Com as transformações sociais, econômicas e políticas disso decorrentes, exigiam-se medidas de ordenação do espaço urbano, com a identificação e o controle das populações.
Segregação dos Alienados	Em 1852, foi criado o primeiro hospício do Brasil. O Hospital Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro vem preencher uma lacuna nos cuidados da loucura, pois até então inexistia, no país, uma instituição especificamente destinada aos chamados alienados. A medicina participa da empreitada de reordenamento do espaço urbano e de disciplinarização da população, projeto no qual a medicina mental ocupou lugar privilegiado.
Criação da assistência médico-legal para alienados	Em 1890, ocorre a criação da assistência médico – legal para alienados, um primeiro esboço de política pública. O pilar e centro de referência único é o asilo, cuja função social não se altera: lugar de segregação de uma população pobre, marginalizada e sem amparo social. Esse marco é baseado no ideal liberal veiculado pelos republicanos. Esse projeto modernizador encontra na figura do psiquiatra Juliano Moreira seu expoente máximo.
A liga brasileira de higiene mental (1923)	Inspirado nas ideias de Juliano Moreira cria-se um programa que defendia a intervenção no espaço social, com características eugênicas, xenofóbicas, antiliberais e racistas. Isso contribuiu para as terapêuticas baseadas procedimentos que tornaram mais efetivas as intervenções médicas na doença mental.
Psiquiatria preventiva nos anos 1950 e 1960	Os anos de 1950 e 1960 assistiram o fortalecimento do processo de psiquiatria com o aparecimento dos primeiros neurolepticos, drogas que tornaram mais efetivas as intervenções médicas na doença mental. Ao mesmo tempo, nesse período, apareceram as primeiras contestações do modelo psiquiátrico, com as reformas representadas pelas comunidades terapêuticas, antipsiquiatria, psiquiatria preventiva e psiquiatria democrática italiana.
Reforma psiquiatra italiana	Em 1978, Lei n. 180 da Reforma Psiquiátrica italiana foi central na mudança do paradigma baseado na custódia e privação. Rompe-se com o modelo asilar e inicia-se um novo modelo de cuidado para a loucura na Itália, que influenciaria fortemente a reforma psiquiátrica brasileira nos anos subsequentes.

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa (2022).

Dos marcos históricos que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira, é possível dizer que surgem na época do Brasil império, quando da vinda da família real para o país, em 1808. Isso parece denunciar tanto um desejo do Estado brasileiro de ordenar o espaço urbano e controlar a população, como a inspiração na forma de tratar o sofrimento mental nos moldes europeus. Com práticas similares às denunciadas por Foucault (1997 [1961]) na Europa Ocidental entre os séculos XV e XIX em sua obra, *A História da Loucura*, os aparatos do Estado segregam não só os alienados, mas também todos os considerados marginais, como pobres, prostitutas, desempregados.

Em 1852, cria-se o primeiro hospício brasileiro – o Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, indicando que as pessoas em sofrimento mental, os chamados alienados, eram julgados perigosos, sendo necessárias ações para afastá-los da vida em sociedade e segregá-los. Essas instituições são aquelas que Goffman (2010, p.11) denomina de instituição total: “[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

A criação do Hospício Pedro II, de acordo com Machado (2004), inaugura no país o paradigma da internação²⁴:

O “paradigma da internação”, fundado na “estratégia da ordem”, tem o objetivo de ordenar o que está fora de lugar, que não pode conviver em sociedade, ou seja, deve ser isolado, recluso. Determinou-se que recolher (sequestrar) o doente mental seria “a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura”. A partir desse princípio, o paradigma da internação irá dominar, por um século e meio, toda a medicina mental. Ficam cortadas as vias para a desinstitucionalização, para a assistência a domicílio, para a confiança no valor terapêutico dos vínculos familiares e das relações não profissionais, etc. Neste modelo são valorizadas as questões do corpo e as alterações dos neurotransmissores: é a psiquiatria organicista, biológica (Castel, 1978 *apud* Machado, 2004, P.490)

No final do século XIX, tem-se um primeiro esboço no sentido da criação de assistência médico-legal para as pessoas em sofrimento mental. Contudo, o que se observa é que o lugar social da loucura não sofre alteração, ou seja, continua-se segregando para controlar, mas agora sob a inspiração do ideário republicano representado pelas ideias do médico Juliano Moreira (Machado *et al.*, 1978); (Portocarrero, 2002).

²⁴ A esse respeito ver também a obra de Robert Castel (1978) - *A ORDEM PSIQUIÁTRICA: A idade de ouro do alienismo*.

No século XX, na década de 1920, observa-se um avanço nas ações do Estado brasileiro no sentido de reafirmar as práticas médicas como capazes de tratar os transtornos mentais. Os anos 1950 e 1960, por exemplo, são marcados pelo fortalecimento do modelo psiquiátrico de controle da loucura. Cabe ressaltar o que essas iniciativas pretendiam era segregar e controlar com remédios e choques os desajustados na lógica da higiene mental (Costa, 1976, *apud* Dal Paz; Perraz, 2012).

Conforme é possível observar, até na década de 1960, no Brasil, os cuidados em saúde mental estavam centrados em um modelo médico que se limitava à loucura e suas causas. Percebe-se, assim, que a tendência dessa época era ver a pessoa em sofrimento mental como indivíduo e/ou ser social dotado de algum grau de periculosidade. E que, sobre ele, produziam controle diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, com base em critérios que se referiam à transgressão das leis da moralidade (Machado *et al.*, 1978 *apud* Dal Paz; Perraz, 2012).

Na década de 1970, a reforma psiquiátrica italiana (1978 - Lei n. 180), inicia o fechamento de hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços comunitários abertos. Isso representou uma revolução radical nos cuidados em saúde mental, com a troca do paradigma baseado na custódia e na privação por outro que considera os direitos de cidadania. E, isso, influenciou fortemente os trabalhadores em saúde no Brasil, surgindo movimentos sociais, que são considerados fundantes para a reforma psiquiátrica brasileira (Costa, 1976 *apud* Dal Paz; Perraz, 2012); (Rotelli *et al.*, 1990).

De acordo com Dal Paz e Perazzi (2012, p. 626), a reforma psiquiátrica brasileira sofreu influência de um conjunto de forças sociais, também denominado de movimento da reforma psiquiátrica:

[...] o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) entre os anos de 1978 e 1980; o Movimento dos Usuários nos anos de 1980; a Declaração de Caracas (OPAS/WHO) em 1990; as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010) e a Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Em conjunto, constituem referências e configuram o que se convencionou chamar de Movimento de Reforma Psiquiátrica (Dal Paz; Perazzi, 2012, p. 626).

A reforma psiquiátrica brasileira promoveu algumas mudanças na assistência em saúde mental nacional, pois, segundo Silva (2015, p.354), “[...] a internação tornou-se um procedimento terapêutico secundário – só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Desse modo, deve ser compreendida como sinônimo de

reestruturação ou modernização dos serviços e reconfiguração dos direitos das pessoas com transtorno mental.

A nova configuração da política pública em saúde mental proposta pela reforma psiquiátrica pressupõe, então, segundo (Barbosa *et.al.*, 2016, p. 918), “[...] nova forma de conceituar seu objeto de intervenção, novas configurações da organização institucional, da composição das equipes multiprofissionais e da relação com os usuários dos serviços de saúde mental”. E, com isso, surgem novas questões: como gerar trabalho e renda para egressos de manicômios? Como incluir a pessoa com transtorno mental no trabalho? Essas questões são especialmente importantes para nós que pretendemos compreender a implementação de uma política pública desenvolvidas para este fim, objeto desse estudo. Assim, na próxima seção faremos algumas considerações a esse respeito, buscando compreender: o ideal e o real da política pública para esse fim.

3.3 O trabalho para a pessoa em sofrimento mental de longa duração

Uma das dificuldades em estudar a temática que envolve o trabalho para pessoas com transtorno mental no mercado formal, é encontrar literatura que trate desse tema. Acreditamos que uma das explicações para isso pode ser que o modelo de inclusão social pelo trabalho brasileiro está centrado na concepção de trabalho associativo e nos princípios da economia solidária.

Segundo Alves (2016)²⁵, a condição de inclusão social pelo trabalho às pessoas com transtornos mentais tem um primeiro marco regulatório na Lei nº 9.867 - 1999, que define o funcionamento das cooperativas sociais como modalidade de trabalho dos que estão em situação de desvantagem social, caracterizando-o como um trabalho assistido em que a autonomia do trabalhador é mediada pela assistência que lhe é oferecida pelo Estado. Já nos primeiros anos da década de 2000, a Lei 10.216/2001 prevê no artigo único do inciso II, os direitos às pessoas em sofrimento mental de serem “[...] tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. Conforme se observa o desenho da política é muito abrangente, com forte vínculo com a economia solidária e não prevendo experiências no mercado formal de trabalho.

²⁵Em 2005, de acordo com Alves (2016, p.52), a Portaria Interministerial nº 353, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, o qual apresentou, em março de 2006, um relatório final, que continha um conjunto de propostas e recomendações para a inserção laboral de pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

É importante ressaltar que a literatura é vasta em demonstrar que foram realizadas, no Brasil, ações importantes no sentido de criar projetos de incentivos ao trabalho associativo baseados nos valores do cooperativismo social e economia solidária para pessoas em sofrimento mental a partir da década de 2000, contudo, essas experiências não serão detalhadas²⁶ neste estudo.

No âmbito internacional, foram encontradas duas publicações a respeito da implementação de políticas públicas, que buscam a reabilitação psicossocial pelo trabalho de pessoas em sofrimento mental, que chamaram atenção. Essas pesquisas tinham como objetivo central realizar análises comparativas entre o modelo de inclusão brasileiro e o da Espanha ou Inglaterra. A primeira delas analisa e compara as redes de atenção à saúde do Brasil e Catalunha através dos componentes macroestruturais da política de cada território. A pesquisa, estruturada em 3 (três) artigos, demonstra que a política de saúde mental, álcool e outras drogas brasileira tem se mostrado burocratizada, com interesses corporativos e pouca estrutura para participação efetiva (Trapé, 2005).

Já no caso da Inglaterra, a publicação busca analisar e correlacionar as diferentes leis, portarias, decretos, declarações, resoluções e registros oficiais existentes sobre os portadores de transtornos mentais e as experiências de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho existentes, comparando-as com as do Brasil. A autora destaca que, diferente do modelo brasileiro, com enfoque na inclusão através de experiências associativas e baseado nos princípios da economia solidária, os moldes de inclusão inglês – *Individual Placement and Support* (IPS) têm o enfoque no mercado formal, inspirado no modelo americano (Santos, 2016).

Na tentativa de comparar os modelos de políticas públicas cujo objetivo é a inclusão social pelo trabalho, objeto dessa pesquisa, com os desenvolvidos no Brasil e em outros países, buscamos sintetizar as informações das publicações. Para tanto, escolhemos as categorias que julgamos mais pertinentes para a problemática estudada: modelo de inclusão, objetivos, elegibilidade, treinamento, equipe de apoio e expectativa em relação aos sujeitos. Assim, no Quadro 3, abaixo, apresentamos a comparação entre modelos do Brasil, Inglaterra e Belo Horizonte – MG. Isso porque, a pesquisa de Trapé (2005), que trata do modelo espanhol, embora relevante, não se mostrou representativo para analisarmos o modelo desenvolvido em Belo Horizonte – MG, objeto do estudo.

²⁶ Ver mais detalhes em: (Andrade, 2014).

Os achados da comparação demonstraram que, diferentemente do Brasil ou do projeto desenvolvido em Belo Horizonte – MG, na Inglaterra, os critérios de elegibilidade dos sujeitos é a escolha individual. Nos demais modelos, percebe-se que as decisões são tomadas individualmente, mas com a avaliação técnica de fatores, tais como a estabilização psíquica ou o nível de vulnerabilidade socioeconômica, por uma equipe multiprofissional de trabalhadores do SUS nos cuidados em saúde mental.

Outro fato que chamou atenção é que, embora o modelo inglês conte também com equipe clínica de apoio para experiência de trabalho e aposte na proatividade, ocorre por parte do Estado um apoio financeiro para apoiar o trabalhador. No caso brasileiro ou de Belo Horizonte – MG isso não se aplica. O máximo que ocorre, em experiências associativas, por exemplo, é o apoio na forma do pagamento de agentes públicos para acompanharem as experiências ou a disponibilização de infraestrutura pública de serviços em saúde mental para os empreendimentos solidários funcionarem. No caso da experiência desenvolvida em Belo Horizonte- MG, objeto estudo, o indivíduo não recebe incentivos monetários públicos para ingressar no projeto. A remuneração é realizada pela empresa, onde ele atua como aprendiz no período de 12 a 16 meses, dependendo da instituição que irá fornecer o chamado treinamento profissional metódico. Com isso, percebe-se que embora a condição de transtorno mental de longa duração seja reconhecida pelo Estado brasileiro como condição que necessita de incentivos à reabilitação psicossocial, na prática, a pessoa em sofrimento mental é considerada um agente econômico que atua no mercado formal de trabalho, ora na condição de aprendiz, ora na condição de trabalhador, sempre ocupando a vaga de deficiente mental e/ou psicossocial.

Diante disso, constata-se que o ideal da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas prevê a inclusão no trabalho como direito do cidadão em sofrimento mental. Contudo, conforme Bevervanço (2019), não determina contornos e diretrizes para a operação de programas e projetos para esse fim. Assim, na prática, o real parece apontar para aquilo que nos adverte Lipsky (1980), ou seja, os projetos que trabalham com a inclusão transmitem a mensagem de que o apoio social do Estado deve ser evitado e que mesmo um trabalho mal remunerado é preferível à assistência social.

Com base nessas premissas teóricas, em seguida, apresentam-se as questões e hipóteses que norteiam a presente investigação.

Quadro 3 - Comparação entre o modelo de inclusão no mercado formal de Trabalho no Brasil, Belo Horizonte – MG e Inglaterra.

Modelo de Inclusão	Objetivo	Elegibilidade	Treinamento	Equipe de Apoio	Expectativas em relação aos sujeitos
Inglaterra	Inserção no mercado formal de trabalho.	Escolhas individuais – sem exceções.	Incentivo à procura rápida de trabalho (o mínimo de treinamento pré-vocacional);	O trabalho terá apoio integral da equipe clínica do indivíduo. Oferecimento de um plano financeiro.	A atenção às preferências do paciente é crucial. Espera-se a proatividade.
Brasil	Inserção, em sua maioria, através de experiências associativas, com base nos valores da economia solidária e do cooperativismo.	Os técnicos de referência em saúde mental encaminham os sujeitos para experiências com base em possibilidades clínicas de estabilização do quadro	Incentivo à autonomia e geração coletiva de renda.	O trabalho tem apoio de técnicos contratados para este fim. São realizados investimentos públicos que estão vinculados aos gastos em saúde mental.	Atenção à gostos e preferências. Com o trabalho vinculado á vocações artísticas e experiências anteriores ao adoecimento
Belo Horizonte	Inserção no mercado formal de trabalho.	Os técnicos de referência em saúde mental encaminham os sujeitos para experiências com base em possibilidades clínicas de estabilização do quadro, diagnóstico médico e experiências de trabalho anteriores.	Incentivo à inclusão no mercado de trabalho, com treinamento de 12 a 18 meses em instituição formadora do sistema S ou entidade do terceiro setor.	O trabalho terá apoio integral da equipe clínica do indivíduo e dos gerentes dos centros de convivência ou profissionais do Hospital das Clínicas. Além do apoio da coordenação do projeto (SRTE/ MG). O indivíduo não recebe incentivos monetários públicos para ingressar no mercado de trabalho. A remuneração é realizada pela empresa.	Atenção à gostos e preferências. O trabalho é vinculado à possibilidades de adaptação ao cargo, às atividades desenvolvidas no trabalho e à estabilização psíquica.

Fonte: Elaboração Própria (2023). Adaptado de Santos (2016).

4 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA, O MODELO ANALÍTICO E O PERCURSO NA INVESTIGAÇÃO

A abordagem da pesquisa é qualitativa, permitindo uma liberdade teórico-metodológica na condução da investigação na medida em que considera que existe uma relação dinâmica e um vínculo indissociável entre os sujeitos sociais e a realidade. Trata-se da interpretação dos fenômenos e da atribuição de significados, básicos no processo de pesquisa qualitativa (Silva, 2001).

Do ponto de vista da pesquisa em Ciências Sociais, a abordagem qualitativa permite descrever, interpretar e compreender o social destacando as especificidades dos contextos pesquisados. As questões que são propostas em uma investigação qualitativa são definidas segundo objetivos de exploração, descrição e compreensão de fenômenos sociais, em sua complexidade – e não só a partir da operacionalização de variáveis e de hipóteses formuladas *a priori*. Por isso mesmo, o planejamento da pesquisa qualitativa requer uma mínima estruturação prévia da investigação.

O desenho da pesquisa foi iniciado em maio 2019, quando ocorreu a definição da pergunta de partida. A partir daí, procedeu-se ao planejamento e execução das ações. A revisão bibliográfica e pesquisa exploratória, que permitiu compreender a problemática e definir o esquema conceitual para a construção do modelo analítico, conforme apresentado em seguida. Posteriormente, ocorreu a coleta dos dados e a análise dos achados. É importante salientar que, concomitante à análise dos dados, apelava-se para as referências bibliográficas, em um ir e vir, até a construção do texto final. (Chizzotti, 1991); (Alves-Mazzotti; Gewandsznajder, 1999); (Lakatos; Marconi, 2004).

4.1 Questões norteadoras da pesquisa e o modelo analítico

No intuito de empreender uma abordagem sociológica do problema, parte-se do pressuposto que os trabalhadores da linha de frente envolvidos na execução do projeto de inclusão em Belo Horizonte - MG representam uma parte significativa da atividade pública a nível local. No mesmo sentido que Lipsky (1980, p.28), acredita-se que “[...] suas ações são de fato as políticas públicas providas pelo governo”. Higgins *et.al* (2016) e Costa²⁷ (2017) adotaram também essa perspectiva para analisar a implementação de outras políticas públicas,

²⁷ O artigo busca situar os mecanismos organizacionais que influenciam a implantação de políticas públicas no âmbito da seguridade social brasileira, onde se insere o campo da saúde, com especial atenção para a intervenção da burocracia profissional médica.

inclusive na área da saúde. Sendo assim, apresenta-se, abaixo, uma proposta de modelo analítico, na Figura 4, que utiliza como categoria de análise a estrutura do trabalho dos ‘burocratas de nível de rua’ ou como denominamos, dos trabalhadores da linha de frente.

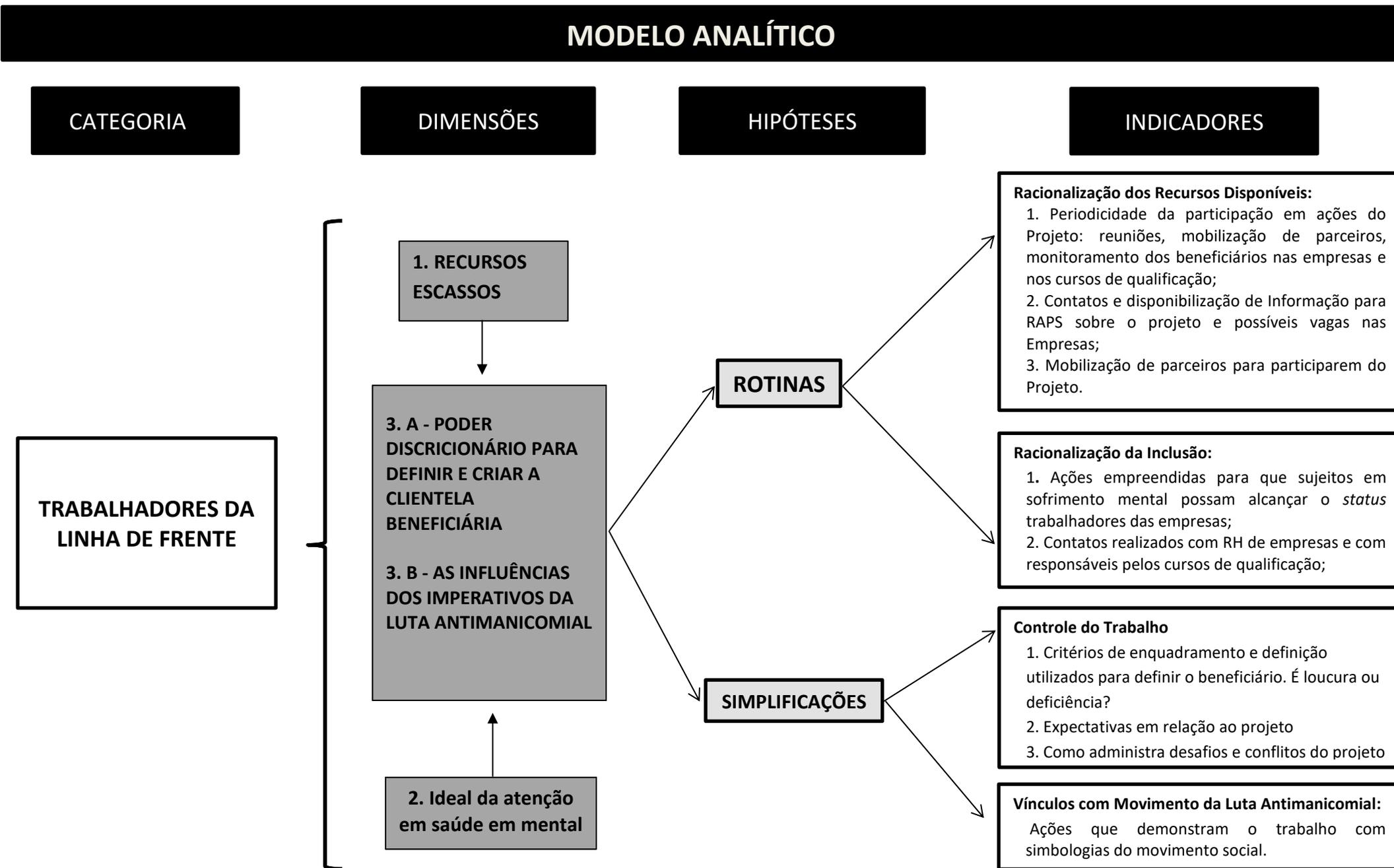
Conforme a teoria adotada, o poder discricionário dos SLBs ou trabalhadores da linha de frente, visa reduzir incertezas em três dimensões diferentes:

(1) **Recursos escassos:** Os trabalhadores da linha de frente necessitam organizar rotinas e ativar simplificações cognitivas para equilibrar a oferta dos serviços com a escassez de recursos das políticas de saúde mental álcool e outras drogas e para pessoas com deficiência;

(2) **Ideal da Atenção em Saúde Mental:** Os trabalhadores da linha de frente, conforme a segunda hipótese de Lipsky (1980) - precisam equalizar as pressões e conflitos impostos pelas expectativas dos cidadãos e por atores sociopolíticos em relação às atuações do Estado. No caso que nos ocupa, tenta-se resolver a desproporção entre a demanda por inclusão produtiva de egressos de manicômios e a capacidade de acolhida e acompanhamento das instituições locais que cuidam dos serviços de saúde mental e que desenvolvem ações de inserção psicossocial pelo trabalho.

(3) Os vínculos entre os trabalhadores e o movimento social da luta antimanicomial moldam o poder discricionário desses atores sociopolíticos, que vão lidar com as pressões e escassez de recursos no trabalho, influenciando os resultados do projeto. Defende-se que isso se dará através da **definição e criação da clientela (3.A). No monitoramento e expansão do projeto de inclusão (3.B).**

Figura 4 - Modelo Analítico



Fonte: Elaboração própria (2021)

Percebe-se, assim, que o *locus* situacional dos trabalhadores da linha de frente no projeto de inclusão das pessoas em sofrimento mental no trabalho formal demanda equilibrar expectativas e resultados de uma política redistributiva que envolve uma multiplicidade de atores e um problema social complexo, a loucura. Para equalizar as forças e conflitos que interferem em seu trabalho e gerar a inclusão do sujeito em sofrimento mental no mercado de trabalho, temos as seguintes hipóteses:

- i. Os agentes públicos, em sua estrutura de trabalho, desenvolvem rotinas e simplificações cognitivas que permitem a utilização simultânea de recursos públicos de duas políticas públicas diferentes (Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e Política para a Pessoa com Deficiência) que são transformados em oportunidades de trabalho no mercado formal para sujeitos em sofrimento mental. Exercem, assim, controle social e produzem resultados redistributivos²⁸;
- ii. Os (as) trabalhadores (as) da linha de frente – através de seu alto poder discricionário criam dispositivos para transformar a condição médico-jurídica do cidadão em sofrimento mental, deixando de considera-lo louco para assumir que é um deficiente, para assim poder inclui-lo no mercado formal de trabalho;
- iii. Os SLBs, em sua maioria, militam no Movimento da Luta Antimanicomial, gerando o que a literatura denomina de interseção Estado-Movimento. Esse vínculo produz valores e princípios, o que Wells (1996) denomina de um *ethos*, que determina o uso do poder discricionário (rotinas e simplificações cognitivas) que será utilizado para eleger beneficiários e determinar ações, influenciando nos resultados do projeto.

A partir dos pressupostos, dimensões e hipóteses apresentados, busca-se responder aos seguintes questionamentos:

²⁸ Acredita-se que as ações dos trabalhadores da linha de frente geram resultados redistributivos porque é parte de uma política social. Essa hipótese tem relação com as ideias tanto de Kerstenetzky (2016) como de Meniccuci e Gomes (2018). De acordo com Kerstenetzky (2016, 129), o Estado de bem-estar social é a “[...] a investidura, por parte do Estado, de responsabilidade pelo bem-estar dos cidadãos, que implica transferências, monetárias e de serviços, invariavelmente redistributivas.” É importante ressaltar que, muitos termos são utilizados de forma intercambiável, tais como sistema de proteção social, sistema de políticas sociais, Estado de bem-estar social, sistema de bem-estar social ou seguridade social. Se os termos são intercambiáveis, conforme nos advertem Meniccuci e Gomes (2018), então, nossa hipótese é que o projeto desenvolvido em Belo Horizonte – MG gera resultados invariavelmente redistributivos também.

1. Quais os mecanismos de definição e interpretação da loucura os agentes públicos utilizam para inserir o sujeito em sofrimento mental no trabalho formal em Belo Horizonte (MG)?
2. Como os valores e princípios gerados pelo movimento da luta antimanicomial influenciam as rotinas e simplificações cognitivas dos SLBs? Isso impacta os resultados do projeto?

No intuito de responder a essas questões, propõem-se indicadores que estão relacionados tanto com as **rotinas** de trabalho dos trabalhadores da linha de frente, como com as **simplificações cognitivas** que utilizam para tornar possível a inserção produtiva das pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho. Das rotinas, busca-se compreender como agentes públicos racionalizam o trabalho, frente aos recursos escassos, executando ações para ampliar ou não o projeto e quais os critérios que utilizam para potencializar a inclusão dos sujeitos em sofrimento mental no mercado formal. Já os indicadores que investigam as simplificações cognitivas pretendem produzir evidências de como esses agentes públicos interpretam a demanda por trabalho das pessoas em sofrimento mental e, utilizam das representações sociais do movimento da luta antimanicomial para incluir, ou não, essas pessoas no mercado formal de trabalho.

Antes de apresentar a análise das evidências da pesquisa de campo (2022 – 2023) e como se configura a política de saúde mental álcool e outras drogas, na prática, no que diz respeito à inserção psicossocial pelo trabalho em Belo Horizonte - MG, é preciso compreender como foram produzidos esses achados. Assim, na próxima seção apresenta-se o percurso na investigação e os procedimentos adotados no trabalho de campo para coleta dos dados.

4.2 Do percurso na investigação

As atividades para a realização da pesquisa iniciaram-se no primeiro semestre de 2019, com reuniões de orientação para o planejamento das ações e execução da pesquisa. A partir da leitura do projeto de pesquisa pelo orientador, definiu-se que a primeira fase da pesquisa seria a revisão de literatura baseada nas principais publicações relacionadas à temática que se pretendia investigar. O objetivo era realizar uma pesquisa a publicações, como por exemplo, livros, teses, artigos e periódicos. Assim, foram consultadas publicações nacionais e internacionais (Estados Unidos, América Latina e Europa), em um recorte

temporal de 20 anos, que possibilitou a interlocução dos estudiosos da temática na sociologia com o problema sociológico proposto.

Norteados pelos eixos temáticos, o orientador propôs a elaboração de um banco de publicações, com a confecção de um quadro resumo com as principais informações a respeito de cada pesquisa. Esse foi um primeiro requisito para a realização da etapa da revisão de literatura. Os resultados quantitativos das revisões estão apresentados na Tabela 1, abaixo. Conforme é possível perceber, foi criado o banco teórico com 50 publicações que nortearam as fases subsequentes da pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição por Categoria da Publicação e por Eixo Temático

Eixo Temático	Artigos	Livros, Dissertações e Teses
Movimento da Luta Antimanicomial	16	3
Economia Solidária	3	7
Capital Social	6	2
Organizações Públicas	-	2
Políticas Públicas	-	5
Sociologia do Trabalho e da Saúde	-	2
Burocratas/Burocracias de Nível de Rua	3	1
TOTAL	28	22

Fonte: Dados da Pesquisa (2019 - 2021).

Após a etapa de revisão de literatura, definiu-se a grade teórica e os sujeitos da investigação e foram iniciados os contatos com as principais instituições e organizações que interessava à pesquisa. Assim, foram realizadas entrevistas não estruturadas com dois interlocutores. É importante salientar que foi adotado esse tipo de procedimento devido à escassez de dados oficiais publicizados do projeto de inclusão, dificultando a realização de pesquisa bibliográfica e documental a dados secundários para a elaboração do texto para a qualificação do projeto de pesquisa na Universidade.

Devido a atrasos impostos pela pandemia de covid-19, em 18 de novembro de 2021 foi realizada a banca de qualificação. Aprovado o projeto, foram iniciados os trâmites para aprovar a pesquisa nos comitês de ética envolvidos com a temática tratada na pesquisa. Assim, o projeto foi submetido, via plataforma Brasil, ao comitê de ética em pesquisa da Universidade – COEP UFMG e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de

Saúde de Belo Horizonte – MG. Os trâmites nos comitês de ética em pesquisa tiveram a duração de 9 (nove) meses, gerando um atraso na pesquisa de campo.

A coleta dos dados foi iniciada no mês de outubro de 2022, conforme detalhamento em seguida.

4.3 A pesquisa de campo

Após a aprovação da pesquisa pelos comitês de ética em pesquisa, foram realizados contatos com os agentes públicos para a realização das entrevistas em três instituições: Hospital das Clínicas - UFMG, Centros de Convivência vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte – MG e Superintendência Regional do Trabalho em Minas Gerais – SRTE/MG. Estavam previstas 10 entrevistas semi-estruturadas, conforme Anexo A, realizadas de forma presencial, com esses agentes, ou seja, nove (9) entrevistas com os gerentes de Centros de Convivência e uma com a coordenação do Projeto, vinculada ao SRMTE/MG. Porém, uma das gerentes dos centros de convivência preferiu não participar, restando 8 (oito) agentes públicos vinculados à SMSA/PBH. Devido às evidências de campo, a partir das entrevistas com os agentes públicos, decidiu-se incluir também o responsável pelo projeto no Hospital das Clínicas. Assim, no período de 5 de outubro a 25 de novembro de 2022, foram realizadas as 10 entrevistas. Para além, realizou-se também dois novos contatos, de forma virtual, com os interlocutores da pesquisa. Isso porque, à medida que o campo era realizado e as entrevistas eram transcritas apareciam novos elementos que demandavam novos questionamentos aos entrevistados.

A segunda etapa da pesquisa de campo previa a incursão da pesquisadora nos cursos de qualificação e nas empresas. Conforme previsto, decidiu-se utilizar a observação participante, ou seja, uma aprendizagem reflexiva em que os pesquisadores geralmente tornam-se membros de um grupo e adotam papéis conforme tal configuração. O objetivo é adquirir maior compreensão do que configura a cultura do grupo, suas práticas cotidianas, motivações e emoções. A esse respeito é importante reconhecer o que Bourdieu (2003) denomina de objetivação participante. O autor entende que, na pesquisa, ocorre a objetivação do sujeito da objetivação, do sujeito analisador - em suma, do próprio pesquisador. Reconhece-se, assim, que nossa tarefa não é a de exorcizar a subjetividade. De acordo com Portelli (1996, p. 3), “[...] se formos capazes, a subjetividade se revelará mais do que uma interferência; será a maior riqueza, a maior contribuição cognitiva que chega a nós das memórias e das fontes orais.” Norteados por essas concepções, no caso investigado, buscou-se

estar atento aos fatores contextuais que se apresentavam enquanto entrevistava os agentes públicos ou eram observadas as outras etapas do projeto.

A observação participante nos cursos de formação profissional ofertado aos beneficiários do projeto pelo SENAC/MG e pela Rede Cidadã foi construída em duas etapas. A primeira delas foi o agendamento de reuniões prévias com as equipes responsáveis pela execução do projeto em cada instituição. Assim, em 12 de dezembro de 2022, reuniu-se com a coordenação de educação inclusiva do SENAC/MG para que conhecessem a pesquisa e a metodologia empregada. Após essa ocasião, foram solicitados documentos (projeto de pesquisa e pareceres dos comitês de ética em pesquisa) para a anuência institucional para início da execução do campo em janeiro de 2023. A Rede Cidadã adotou postura semelhante, sendo a reunião com a equipe responsável pela formação profissional no dia 19 de dezembro de 2022. Nesse caso, também foi solicitada a documentação da pesquisa, nos mesmos moldes que o SENAC/MG. A equipe demandou também a elaboração de material didático da pesquisa, na forma em *slides*, que posteriormente, foi apresentado aos beneficiários do projeto em formação na instituição. De forma idêntica, também agendou o início dos trabalhos para janeiro de 2023.

A segunda etapa, na Rede Cidadã, ocorreu no período de 9 a 13 de janeiro de 2023, no período de 4 (quatro) horas diárias, totalizando 20 horas de observação participante. A observação contou com a participação do professor e 15 beneficiários do projeto, sendo 13 encaminhados por Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte – MG e, dois (2) do Município de Contagem – MG para ocuparem o cargo de assistente administrativo. Essa organização tornou-se uma das evidências da pesquisa, ou seja, há uma interseção do projeto de inclusão entre os dois municípios. A esse respeito é importante salientar que foi realizado contato telefônico e *por e-mail* com um dos centros de convivência de Contagem- MG, para comunicar as ações da pesquisa e inteirar a equipe a respeito. Contudo, não obtivemos retorno.

No caso do SENAC/MG, foram observadas as atividades da Unidade de Contagem – MG, onde estavam presentes o professor regente, um assistente e 18 beneficiários do projeto, incluídos no cargo de repositor de supermercado. É importante salientar que foram realizadas duas incursões no período de 13 de fevereiro de 2023 e 2 de março de 2023, totalizando 6 horas. Estavam previstas as observações na instituição também na Unidade de Belo Horizonte – MG, mas não foi possível o agendamento. Contudo, acredita-se que a infraestrutura e funcionamento dos cursos são uniformizados na instituição, não comprometendo, assim, os achados e evidências da pesquisa.

Outra etapa da pesquisa de campo incluía o contato com as empresas privadas envolvidas com o projeto em curso. Isso porque, pretendíamos também observar o fluxo do projeto, ou seja, compreender as ações nos cursos de formação e no mercado formal de trabalho. Porém, somente a equipe de RH do Supermercado Verdemar, que é a empresa participante desde o projeto piloto, retornou. Assim, foi agendada uma reunião para apresentação da pesquisa, dia 20 de dezembro de 2022, com o responsável pelo setor RH na empresa. Após esse primeiro contato, foi enviada a documentação da pesquisa solicitada (projeto de pesquisa e pareceres dos comitês de ética em pesquisa) e, posteriormente agendou-se a observação participante nas ações do projeto no supermercado. Cabe ressaltar que, dois beneficiários do projeto foram indicados pela empresa para participarem da pesquisa. Porém, devido a uma desestabilização psíquica de um deles, com um período de afastamento ao trabalho, somente observou-se as ações de um trabalhador, beneficiário do projeto desde 2016. Assim, em 18 de janeiro de 2023, durante 2 (duas horas) a pesquisadora esteve no supermercado para observar as atividades do trabalhador beneficiário do projeto.

Cabe ressaltar que, para todas as ações, seja nas entrevistas aos agentes públicos, seja na observação dos beneficiários no curso de formação ou trabalhando nas empresas, foram assinados Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) ou, em alguns casos, ambos. O TCLE foi assinado por todos os agentes públicos envolvidos na pesquisa e pelas famílias dos beneficiários, sendo diferenciados, ou seja, foram elaborados dois tipos de TCLE. O TALE foi assinado pelos beneficiários do projeto que tiveram ações observadas. Foram assinados um total de 10 TCLEs por agentes públicos, 6 (seis) TCLEs por responsável legal ou beneficiário que disse não ter vínculo familiar e, 4 (quatro) TALEs.

No caso dos beneficiários, adotamos os seguintes procedimentos:

- (1) Após a apresentação da pesquisa, a pessoa era convidada a participar;
- (2) Em caso afirmativo, oferecia-se o TCLE para assinatura e consentimento da família e TALE para o beneficiário;
- (3) Em casos em que o beneficiário do projeto disse não ter vínculo familiar, foi assinado apenas o TCLE.

Conforme é possível observar, no transcorrer da execução da pesquisa e do trabalho de campo, o cronograma das ações planejadas sofreu atrasos. Isso, devido a fatores tais como a burocracia dos processos de aprovação de pesquisas em comitê de ética em pesquisa e às

dificuldades em agendar as entrevistas ou observação participante com os interlocutores da pesquisa e/ou instituições vinculadas ao projeto. Em relação à participação na pesquisa dos beneficiários, embora não estivesse previsto entrevistas ou questionamentos a essas pessoas, alguns disseram reconhecer a importância da pesquisa, mas preferiam não participar. Respeitou-se tal escolha, sendo incluídos somente aqueles que se disseram interessados. Para atender às determinações dos comitês de ética em pesquisa, todos assinaram os termos previstos, conforme dito anteriormente.

É possível observar também que houve a inclusão da entrevista ao representante do Hospital das Clínicas (UFMG). Nesse caso, optou-se por tal procedimento porque, embora o número de encaminhamentos nessa instituição ao projeto não sejam tão expressivos quanto aqueles realizados pelos Centros de Convivência e, que em 2020, durante o período de pandemia de Covid – 19, suas ações tenham sido suspensas, as evidências de campo demonstraram ser esse um ator social relevante na compreensão da implementação do projeto de inclusão de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho em Belo Horizonte – MG.

Outro fato relevante diz respeito às observações nas empresas. Foram realizados inúmeros contatos por telefone ou *e-mail*, mas não recebemos o retorno. Entendemos tais ações como uma recusa das empresas em autorizar as observações de campo. Diante desse cenário, foi com pesar que optamos por planejar novamente as ações, dado que tínhamos que observar as restrições impostas pelo tempo do curso de doutorado no PPGS - UFMG e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, instituição de fomento que financiou a bolsa de pesquisa de doutorado da pesquisadora.

Dados esses aspectos, pode-se constatar que o cronograma e ações previstas para a realização da pesquisa sofreram alterações, sem, no entanto, alterar os objetivos da investigação. Isso porque, o foco principal seria o trabalho dos agentes públicos envolvidos na implementação do projeto de inclusão de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho, em curso em Belo Horizonte – MG. Nesse caso, a fase de coleta de dados da pesquisa cumpriu quase na totalidade os objetivos previstos, tendo apenas a recusa de um agente público. Sendo assim, a seguir, Quadro 4, apresentam-se as ações e cronograma da pesquisa tal qual foi executada.

Quadro 4 – Critérios e Instrumentos de Coleta de Dados da Pesquisa

Fonte dos Dados	Instituição	Interlocutores (Quantitativo)	Instrumentos de Coleta	Período
PRIMÁRIA	Gerência de Saúde Mental (SMSA/PBH)	(8) Gerentes dos Centros de Convivência. (Assinatura de Termo de consentimento Livre e Esclarecido)	Entrevista semi-estruturada.	17 de outubro a 25 de novembro de 2022.
	Ministério do Trabalho (SRTE/MG)	(1) Coordenador do Projeto de Inclusão. (Assinatura de Termo de consentimento Livre e Esclarecido)	Entrevista semi-estruturada, participação em reunião de sensibilização sobre o projeto com empresas e parceiros. Registros da observação em Campo.	5 de outubro de 2022 e 31 de outubro de 2022.
	Hospital das Clínicas - UFMG	(1) Coordenador do Projeto de Inclusão nos Ambulatórios de Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar. (Assinatura de Termo de consentimento Livre e Esclarecido)	Entrevista semi-estruturada.	17 de novembro de 2022.
	SENAC	Regentes das turmas de formação, Assistentes e, (6) Beneficiários do Projeto na etapa de formação.	Observação participante nos cursos de qualificação, sem adesão de beneficiários, mas com consentimento institucional.	13 de fevereiro e 2 de março de 2023.
	Empresas	(1) Beneficiário que foi indicado à participação na pesquisa. (Assinatura de Termo de consentimento Livre e Esclarecido)	Observação da rotina de trabalho nas empresas	18 de janeiro de 2023.
SECUNDÁRIA	Gerência de Saúde Mental (SMSA/PBH)	Gerência de Saúde Mental (SMSA/PBH)	Publicação oficial de dados do projeto: Vida Comum (PBH, 2022)	-
	Ministério do Trabalho (SRMTE - MG)	Coordenação do Projeto	Não disponibilizado.	-
	Hospital das Clínicas (UFMG)	Coordenação dos Ambulatórios de Psiquiatria	Disponibilização dos dados por e-mail.	-

Fonte: Elaboração própria. Dados da Pesquisa (2019 - 2021).

5 RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS E O USO DO PODER DISCRICIONÁRIO

No intuito de compreender como os trabalhadores da linha de frente racionalizam os recursos disponíveis através do uso de seu poder discricionário, inicia-se por identificar quem são esses atores organizacionais que atuam na inclusão de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho. Dito outra forma, a primeira questão que se busca responder é quem são os trabalhadores que, conforme Lipsky (1980, p.39), implicitamente, medeiam a relação constitucional entre cidadãos em sofrimento mental e políticas de Estado, isto é, pretende-se saber: quem são os atores sociais que detêm a chave para que se torne realidade a cidadania de um segmento social específico? Sendo assim, na seção que se segue apresenta-se o perfil socio-organizacional desses trabalhadores.

5.1 Trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente

As evidências da pesquisa demonstraram que são 11 os trabalhadores da linha de frente, envolvidos com inclusão de pessoas com transtorno mental no mercado formal de trabalho no município de Belo Horizonte – MG. No entanto, devido à recusa de um deles, a pesquisa apresenta os resultados das entrevistas com 10 agentes públicos. No Quadro 5, abaixo, percebe-se que são em sua maioria mulheres, brancas, com alto grau de escolaridade, com formação profissional na área da saúde, em cargos de coordenação de suas instituições. Assume-se aqui, que essa configuração tem relação com perfil dos trabalhadores na área da saúde no Brasil e no mundo. De acordo com a *Intrahealth* (2017)²⁹, em pesquisa realizada em 123 países, ficou demonstrada a predominância das mulheres em empregos nos setores social e saúde, 67%. O mesmo ocorria nos Estados Unidos da América, onde elas representavam 80% da força de trabalho na área da saúde, no mesmo ano. No Brasil, representam mais de 65% dos 6 milhões de profissionais ocupados no setor público e privado da Saúde. Por isso mesmo, é recorrente a expressão: o SUS é feminino.

Outra constatação é que todos os participantes da pesquisa ocupam cargos de coordenação ou gerência. Com exceção de um trabalhador, todos gerenciam serviços de atenção básica em saúde mental do SUS. Em síntese, o perfil dos entrevistados vai ao encontro da predominância de mulheres na gestão municipal do SUS.

²⁹ Disponível em: <https://www.intrahealth.org/>. Acesso em 9 de maio de 2023

Quadro 5 - Marcadores sociais e *locus* organizacional dos trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente

Trabalhador (a)	Sexo	Raça/cor	Formação Acadêmica	Escolaridade	Vínculo com a Instituição
1	Feminino	Branca	Direito	Especialização	Coordenador
2	Feminino	Branca	Enfermagem	Especialização	Gerência
3	Feminino	Branca	Terapia Ocupacional	Mestrado	Gerência
4	Feminino	Branca	Terapia Ocupacional	Doutorado	Gerência
5	Feminino	Branca	Psicologia	Graduação	Gerência
6	Feminino	Negra	Terapia Ocupacional	Graduação	Gerência
7	Feminino	Branca	Psicologia	Especialização	Gerência
8	Feminino	Branca	Terapia Ocupacional	Mestrado	Gerência
9	Masculino	Branca	Medicina	Doutorado	Coordenador
10	Feminino	Branca	Psicologia	Graduação	Gerência

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa (2022 - 2023).

5.2 O uso do poder discricionário

Na perspectiva de Lipsky (1980, 15-16), não é possível que um agente público realize seu trabalho com os mais elevados padrões de tomada de decisão nas diversas áreas, porque não dispõe tempo, informações ou outros recursos necessários para responder de forma adequada a cada caso, sendo que essas limitações incidem nos resultados de seus esforços. Para contornar tais dificuldades em sua estrutura de trabalho, esses atores sociais lançam mão do exercício da discricionariedade, ou seja, utilizam a liberdade de ação administrativa que têm, dentro dos limites permitidos por Lei.

No caso do projeto aqui estudado, observou-se que todos os trabalhadores utilizam da discricionariedade. Contudo, há indícios que há uma gradação, ou seja, aqueles funcionários investidos legalmente de poder sancionador, como, por exemplo, aplicar multas previstas em Lei, conseguem maior eficácia na abertura de vagas no mercado formal de trabalho para pessoas com transtorno mental. Para além, observou-se que o uso da discricionariedade se dá em diferentes etapas da implementação da política. Assim, dependendo da posição funcional à que o trabalhador está vinculado, ocorrerá maior ou menor participação em todo o ciclo de implementação.

5.2.1 O poder discricionário do Auditor Fiscal do SRTE/MG

As evidências da pesquisa demonstraram que o trabalhador do Ministério do Trabalho, devido às suas atribuições fiscalizadoras perante as empresas do setor privado, previstas na Lei de Cotas, exerce o maior poder discricionário dentro do arranjo do projeto. Conforme demonstrado no Capítulo 2, em que se descrevem as atribuições das instituições e dos

trabalhadores no projeto, as competências dos trabalhadores do SRTE/MG são regulamentadas pelo Artigo 93 da Lei nº 8.213/91 § 2º (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015), que prevê as incumbências do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, que é, dentre outras, estabelecer a sistemática de fiscalização nas empresas do cumprimento da Lei de Cotas. Nessa ordenação legal, está prevista a possibilidade de multas ou sanções às empresas pelo agente público (o fiscal) no caso de descumprimento da reserva de vagas para pessoas com deficiência. Com isso, percebe-se que a liberdade administrativa prevista em Lei, como o poder discricionário, é diferenciado entre os trabalhadores da linha de frente no projeto, ou seja, apenas o auditor fiscal do SRTE/MG tem o poder de sanção através de multas ao descumprimento da Lei. Aos demais, cabe outras funções dentro do projeto, como determinar quem são os beneficiários. Isso, conforme visto no capítulo 2, determina a divisão do trabalho entre eles.

Ao representante do Ministério do Trabalho e Emprego, dentro do projeto em estudo, coube a proposição da experiência piloto, articulação dos parceiros e a captação dos postos de trabalho durante a fiscalização. Há indícios de que esse trabalhador tinha consciência do seu protagonismo no momento do desenho do projeto piloto, quando os critérios de seleção foram definidos. Conforme a sua declaração, obtida em entrevista, havia uma clara preocupação com parâmetros que pudessem ser fiscalizados e cumpridos,

[...] O projeto quando ele foi pensado e desenhado por mim, que eu fui buscar cada um dos parceiros, porque realmente fui eu quem quis fazer o projeto e saí atrás de cada um para montar, a gente teve que discutir o seguinte: quem seriam as pessoas que poderiam se beneficiar? São pessoas que têm deficiência mental. O que é deficiência mental? Então, pra gente poder fazer um critério, que a gente pudesse fiscalizar mesmo, a gente definiu que tem que ser dentro do conceito de permanência da deficiência (Dados da Pesquisa, 2022).

Na articulação dos parceiros, também fica evidente o exercício da discricionariedade do trabalhador da Superintendência Regional do Ministério do Trabalho em Minas. No trecho abaixo se explica o porquê das articulações iniciais com o Sistema S para a aprendizagem profissional:

[...] O projeto ele usa a aprendizagem profissional. A aprendizagem profissional definida na consolidação das Leis do trabalho é uma obrigação das empresas também oferecer a aprendizagem profissional e a gente se aproveita disso. Então, as empresas têm que fomentar. Mas isso foi uma estratégia porque eu poderia colocar essas pessoas direto no mercado de trabalho sem passar pelo curso. Mas, a aprendizagem profissional foi uma ferramenta que é do *expertise* que nós do Ministério do Trabalho já tínhamos. Porque nós entendemos o seguinte: A entrada da pessoa no mercado de trabalho sem passar por um período de adaptação lento, ela as vezes causa um rompimento. Porque são pessoas que são historicamente excluídas do mercado de trabalho, nunca trabalharam, ou nunca trabalharam dizendo a verdade: eu sou esquizofrênico. Eles mentem, assim... 98% mentem e aí entra no

trabalho e a pessoa pode apresentar alguns comportamentos e a pessoa pode acabar perdendo o emprego. A gente tinha um estudo que dizia que era raro uma pessoa se manter no mercado de trabalho por mais de 3 meses. Todos que entravam no projeto. Então, o projeto quando eu pensei nele eu já pensei... e já convidei para ser parceiro as instituições que ministram também a aprendizagem profissional, no caso, o sistema S (Dados da Pesquisa, 2022).

Conforme é possível perceber, os beneficiários ingressam no projeto na condição de aprendizes, pois há uma preocupação com o treinamento prévio e a potencialização da capacidade adaptativa do candidato à vaga de trabalho. É importante ressaltar que existem ações do SRTE/MG que possibilitam a inserção no mercado formal sem passar pelo projeto ou pela qualificação profissional metódica. Porém, conforme a coordenação do projeto, menos de 10% das pessoas em sofrimento mental que são inseridas no mercado de trabalho pela instituição tem a empregabilidade direta. Outro indício do uso de discricionariedade pelos agentes públicos do Ministério do Trabalho está na seleção das empresas para participarem do projeto. No trecho abaixo, é possível perceber, que durante a fiscalização do cumprimento da Lei de Cotas, avalia-se se aquela empresa pode, ou não, ser convidada a participar das ações para incluir pessoas em sofrimento mental no trabalho.

[...] Então, na fiscalização do dia a dia, esse projeto é oferecido. Todo e qualquer empresa poderia fazer. Agora eu me reservo no direito, é importante que você saiba, de escolher as empresas que eu acho que podem entrar nesse projeto. Por quê? Porque quando eu vejo que é uma empresa que não tem uma intenção real do cumprimento de cota, que ela quer fazer alguma coisa numérica, que ela não vai ter um RH inclusivo, etc. Eu ofereço para a empresa outro caminho e não esse projeto. Então, esse projeto é oferecido, toda e qualquer empresa pode entrar, mas eu me reservo no direito. Ai é um direito meu. Porque quem tem que fazer o contato com as empresas sou eu. Então, eu me reservo no direito de julgar se aquela empresa tem ou não aquela capacidade. É importante que conste isso porque é a verdade como acontece. Porque a minha preocupação com aquele sujeito é muito grande. Eu quero que o projeto dê certo! Então, eu sei de empresas que têm históricos de discriminação contra pessoas com deficiência, né? Empresas que reiteradamente descumprem as obrigações. Então, eu não vou deixar pegar um Projeto que exige uma maturidade dessa empresa, qualquer empresa. Então, realmente. Toda e qualquer empresa pode? Pode. Mas, a gente apresenta. Todo ano várias empresas. Esse ano, por exemplo, não tenho nenhuma nova empresa que ingressou no projeto. Apesar de todas as apresentações que foram feitas. Atualmente são 11. Eu não consegui novas empresas esse ano. 11 aqui em BH (Dados da Pesquisa, 2022).

O trecho acima evidencia, então, que a liberdade de ação conferida ao trabalhador, com base na Lei, determina a quantidade de empresas que irão participar do projeto. É importante ressaltar que a pesquisa não produziu achados que nos possibilite delimitar critérios objetivos de seleção das empresas para participarem.

Em síntese, o poder discricionário, nesse caso, foi utilizado tanto para definir um parceiro como para potencializar as ações das instituições em que o trabalhador está

vinculado. Corroborando, com isso, para que reconheçamos que as bases sistêmicas das condições ou circunstâncias às quais o trabalhador está vinculado determinam sua busca pelo equilíbrio entre o ideal e o real na implementação da política pública.

5.2.2 Quando o poder discricionário perde potência

No que diz respeito ao número de vagas, a empresa, após o cumprimento da Lei de cotas, é que determina quantas irá ofertar ao projeto de inclusão. Há indícios que, nesse caso, o poder discricionário do auditor fiscal do SRTE/MG começa a perder potência. Uma das possíveis explicações para isso pode estar no fato de o candidato às vagas nas empresas ser um louco, o que Foucault (1997[1961]) denomina como uma figura excluída nas quatro categorias dos domínios das atividades humanas (trabalho; sexualidade e família; linguagem; e atividades lúdicas). Reforçam esse argumento as observações de campo no encontro de sensibilização promovido pelo SRTE/MG, em que estavam representantes dos Departamentos de Recursos Humanos das empresas parceiras, os representantes das instituições que encaminham as pessoas em sofrimento mental para o trabalho e daquelas instituições que são responsáveis pelo período de formação profissional. Durante o evento, os representantes das empresas foram convidados a exporem suas dúvidas. Um desses participantes perguntou se não existia a possibilidade de alterar os critérios de encaminhamento dos beneficiários, ou seja, no lugar de esquizofrênicos e/ou pessoas com transtorno afetivo bipolar, depressivos. Esse questionamento não encontrou aceitação na coordenação do projeto. Em depoimento, obtido através de entrevista, o coordenador relatou que as empresas tentam usar dessa estratégia, denunciando tanto um estigma em relação aos esquizofrênicos (o doido perigoso), como uma dificuldade de administrar as dificuldades que o trabalhador em sofrimento mental possui com as rotinas de trabalho na empresa.

De acordo Leff e Warner (2006) e Andrade *et.al* (2021) os sintomas psicóticos positivos e negativos podem interferir na atividade laboral do sujeito em sofrimento mental. Assim, ideias delirantes, em algumas ocasiões, dificultam a interação e organização das rotinas do trabalho. Outras vezes, observava-se a apatia e a deterioração do autocuidado. Do tratamento com medicações psicotrópicas pode ocorrer sonolência, lentificação psicomotora e, às vezes, o embotamento afetivo. As dificuldades de reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental se somam a questões que têm relação com a própria legislação e uma melhor definição da posição do Estado. Em relação à Lei de Cotas, os desafios são relatados pela coordenação do projeto da seguinte forma:

[...] Uma empresa tem 1000 vagas, ela nunca vai me dá essas mil vagas. Ela vai me dá 20 vagas, 10 vagas e o resto ela vai buscar pessoas com deficiência física, auditiva, visual etc. Ela não vai querer lá dentro uma infinidade de pessoas com sofrimento mental. Uma empresa nunca vai me dá um número enorme. Já é bom. Porque a gente trabalha com o que a gente consegue. O que vem é lucro. Então, ele é um projeto pioneiro, bacana, mas ele não é do tamanho que ele poderia ser. Precisa de uma sensibilização maior da empresa. Aí é o trabalho do auditor de sensibilizar a empresa. Infelizmente, por mais que tenha a Lei, a Lei não fala que tipo de deficiência que você tem que contratar. Se ela quiser contratar auditivo, físico, etc. A empresa pode dizer que não quer mexer com louco e eu não vou poder multar ela por causa disso. A não ser que eu visse que existe uma discriminação, o que é muito difícil de comprovar, né? (Dados da Pesquisa, 2022).

Conforme a declaração anterior, as vagas de trabalho para as pessoas em sofrimento mental, aquelas que incluem deficiência mental ou psicossocial, são limitadas pelas empresas, na medida em que estabelecem uma escala de prioridades na qual o louco é o último a ser tido em conta. A esse respeito, um dos interlocutores da pesquisa sinaliza que “[...] tem todo esse imaginário do doido perigoso, do esquizofrênico que vai surtar e matar todo mundo ou que não vai conseguir trabalhar”. Daí a constatação da importância do poder discricionário na fiscalização, pois, mesmo com todas as limitações, consegue gerar postos de trabalho para psicóticos.

5.2.3 O poder discricionário para compatibilizar a oferta de vagas no projeto

Uma outra evidência da pesquisa é o uso do poder discricionário do agente público do Ministério do Trabalho na etapa de formação profissional do projeto. Há indícios de que a coordenação precisa compatibilizar a oferta de postos de trabalho pelas empresas e a possibilidade de abrir turmas nas instituições de formação profissional. A respeito das dificuldades encontradas no sistema S, esse agente público relatou que tem a limitação de 60 vagas por ano. Na instituição vinculada ao sistema S “[...] eu teria condição de ter mais gente? Muito mais gente!” Quando questionado sobre as causas dessa limitação, relatou o seguinte:

[...] Porque pelo o que eu entendo que ele é um curso mais dispendioso para a **instituição formadora**. Então ele custa mais para **instituição formadora**. Uma turma específica, um educador específico etc e tal. Então, eles entendem aí que eles não podem abrir. Eu já fiz reuniões com as chefias da **instituição formadora**. Eu não tenho quantas turmas que eu quiser. Apesar de que a Lei determina que deveria ter prioridade as pessoas com deficiência. Essas pessoas têm deficiência, sofrimento mental deveria ter prioridade. Então, eu tenho esse limitador também (Dados da Pesquisa, 2022).

É importante ressaltar que todos os agentes públicos entrevistados reconhecem a importância das ações da fiscalização do SRTE/MG e, em alguns casos, atribuem a esse trabalho a possibilidade de incluir psicóticos no trabalho formal. Essa constatação fica demonstrada da seguinte forma no relato de um dos gerentes dos centros de convivência:

[...] tem a questão da lei. De ter que cumprir uma Lei de costas; de serem as empresas que o auditor fiscal do SRTE/MG fiscaliza. Então, assim, **o agente**³⁰ banca muitas coisas com as empresas. As empresas não têm a mesma relação com a gente que tem com **o agente**, sabe? Então, a gente tem uma mediação. A gente sabe que **o agente** que defende nossos usuários com unhas e dentes, sabe? Tem uma parceria nesse sentido e **o agente** consegue impor algumas coisas e outras, **o agente** pede. Outras, **o agente** manda, né? Porque a empresa tem que cumprir cotas. E aí **o agente** tem uma coisa que eu acho muito bacana que **o agente** tenta identificar, tenta não, **o agente** identifica as empresas que têm perfil para entrar nesse projeto. Não é qualquer empresa. Não são todas as empresas que **o agente** fiscaliza que **o agente** coloca nesse projeto. **O agente** identifica. E aí, a primeira empresa foi o verdemar, que deu super certo, sabe? **O agente** foi cirúrgico na definição, na identificação dessa empresa. Deu super certo! As outras que vieram depois também. Então, é isso, assim. Não acho que as empresas de boa vontade vão fazer isso, entendeu? Eu acho que tem que ter uma mão forte do Estado para fazer esse projeto funcionar (Dados da Pesquisa, 2022).

Diante disso, fica evidente que os trabalhadores da linha de frente percebem o exercício da discricionariedade na execução do trabalho do agente do SRTE/MG. No sentido do poder discricionário cunhado por Lipsky (1980), as evidências anteriores demonstram como a coordenação do projeto, aqui estudado, desenvolve rotinas e aplica critérios de inclusão tanto para os beneficiários do projeto como para as empresas ofertantes de vaga de trabalho. O interessante é que as suas ações estão atreladas à mão forte do Estado, corroborando, com isso, com as ideias do autor de que o trabalho desses agentes públicos da linha de frente é *locus* privilegiado para quem pretende compreender a implementação de uma política pública e, conseqüentemente, as ações do Estado.

5.2.4 O poder discricionário para selecionar os beneficiários do projeto nos Centros de Convivência

No trabalho dos agentes públicos que delimitam critérios de seleção das pessoas em sofrimento mental também é possível perceber a discricionariedade. No caso dos centros de convivência, os agentes públicos usam de suas atribuições desde a entrevista inicial do usuário do SUS quando o mesmo chega a esse serviço de atenção em saúde mental. Nesse momento, o agente público já inicia o trabalho para determinar se vai ou não indicá-lo como beneficiário do projeto. Essa constatação fica evidente da seguinte forma:

[...] Quando o usuário chega ao centro de convivência ocorre uma entrevista inicial para mapear um pouco a vida dessa pessoa. Um dos indícios é de que essas pessoas têm uma pobreza muito grande nessa vida, não só de relação, de relação fora da casa, um cotidiano muito empobrecido. Nessa entrevista já é mapeado se pode ou não usar o trabalho como uma terapêutica. Se o trabalho é uma possibilidade,

³⁰ No intuito de manter o anonimato dos interlocutores da pesquisa, no lugar do nome optou-se pela palavra agente. Isso, no sentido de agente público.

realiza-se um histórico ocupacional e das habilidades tecnológicas daquele sujeito para futuras indicações (Dados da Pesquisa, 2022).

Uma das principais evidências do poder discricionário dos gerentes dos centros de convivência é a elaboração do relatório que será encaminhado para as empresas de acolhida. Embora fique claro que o diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar, emitido por um psiquiatra, seja condição para estar inserido no projeto, é aos agentes públicos que cabe a pesquisa aos prontuários físicos e eletrônicos dos serviços em saúde mental, para assim documentar o encaminhamento. Essa constatação pode ser percebida, como se segue:

[...] Muitas empresas pedem o relatório do psiquiatra. O centro de convivência tem um laudo do psiquiatra no meio. Encaminha-se o diagnóstico, o CID, do prontuário eletrônico com o consentimento do usuário porque isso é dado sigiloso e, não podem informar o CID sem o consentimento. O encaminhamento é baseado no prontuário eletrônico, nas discussões com o técnico de referência do caso, seja no centro de saúde, seja no CERSAM. Os gerentes contam com dois tipos de prontuários: O prontuário físico e o prontuário eletrônico - gestão e o Sigrah (Dados da Pesquisa, 2022).

Outra constatação interessante é que, às vezes, a discricionariedade extrapola o ambiente da burocracia de nível de rua a que o agente público está vinculado. Em outras palavras, o poder discricionário dos gerentes dos centros de convivência não está restrito ao serviço que trabalham ou à RAPS do município. Assim, quando os gerentes estão em negociação com as empresas, tentam impor normas como a adequação da carga horária para que o tratamento no SUS tenha continuidade. Negociam para que sejam consideradas as condições físicas, as de mobilidade urbana e aquelas impostas pela patologia, como por exemplo, o número de medicações consumidas segundo o tratamento, os efeitos colaterais e os sintomas negativos (psicossociais) na forma de outras comorbidades. Esse indício ficou demonstrado nas entrevistas aos agentes públicos da seguinte forma:

[...] E o que a gente preza é que os nossos usuários sejam inseridos, por exemplo, a reposição, tem a reposição de produtos pesados e tem a reposição de produtos leves. Então, assim, tem usuários que a gente percebe que tem uma dificuldade maior. O número de medicação, a quantidade de medicação é muito pesada, então, eles ficam mais letárgicos, mais desanimados, com o corpo um pouco mais pesado. A gente não sabe o que é tomar esse tanto de medicação que eles tomam né? Então, a gente fala muito disso, assim, às vezes se o paciente queixa, tem um problema físico, um problema de coluna, um problema no joelho, né? A gente vai conversando com a empresa para adaptar, o que deveria ser para todos os funcionários, para adaptar cada pessoa dentro da melhor função (Dados da Pesquisa, 2022).

Os agentes públicos justificam o uso do poder discricionário para romper com os abusos cometidos no mercado de trabalho em relação às pessoas com deficiência. Alguns deles relataram uma preocupação com a forma que algumas empresas agem com as pessoas

com deficiência, como por exemplo, duas empresas contratarem o mesmo sujeito com jornada de trabalho de quatro horas cada. Outras vezes, a não inclusão, pois a empresa remunera o sujeito para cumprir a cota para deficientes, mas ele não exerce trabalho, conforme abaixo:

[...] Na Lei de Cotas, na inclusão de pessoas com deficiência, diz que é comum, por isso que tem que ter fiscalização, eles contratarem pessoas que nem lá vão lá trabalhar. As pessoas recebem o salário e, são contratadas, para cumprir a cota, entendeu? Mas, elas não estão no trabalho. Isso pra gente é o cúmulo do absurdo. [...] Porque se a gente acreditar que a pessoa não tem condições de trabalhar, a gente vai defender que ela seja aposentada. Porque ela precisa ter uma condição econômica para sobreviver. Mas, se ela tem condições de trabalhar, ela vai lá trabalhar. Ela não vai lá só receber, né? Porque aí perde todo o sentido, né? A gente acredita na inclusão verdadeira mesmo. Em uma reinserção social dessa pessoa e, não só garantia econômica para essa pessoa. Mas, tem que ter fiscalização porque tem até isso (Dados da Pesquisa, 2022).

Percebe-se, com isso, em consonância com Lipsky (1980), que a política pública entregue aos burocratas de nível de rua é, na maioria das vezes, urgente e pessoal. No caso pesquisado, os trabalhadores da linha de frente utilizam seu poder discricionário para determinar critérios que visam corrigir distorções presentes no mercado de trabalho. Isso se dá com questões relacionadas à função (ofício) e até da escolaridade. Não permitem que trabalhem em serviços braçais, como o de limpeza, por exemplo. Como se trata de um público com baixa escolaridade, tentam flexibilizar a exigência de ensino médio completo para o cargo de repositor. Para ocorrências como demissão, se o sujeito estiver desestabilizado, mesmo se for uma decisão do trabalhador, os agentes públicos dos centros de convivência conseguem articular com o RH das empresas para que não ocorra até uma nova estabilização psíquica. Avaliam também se o trabalho não é a causa da desestabilização.

Outro indício do uso do poder discricionário dos agentes públicos que gerenciam os centros de convivência é a articulação de outros atores sociais dentro dos serviços do SUS para definir os beneficiários do projeto. Relatam que encaminham aqueles sujeitos que têm o que denominam de “[...] laços sociais esgaçados”. Buscam por critérios sociais, como por exemplo, ter ou não família como suporte pode definir maior ou menor vulnerabilidade do sujeito e fazer com que ele tenha prioridade na indicação para a vaga de trabalho. Como atendem usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, existem casos de parcerias com a Secretaria Municipal da Assistência Social (PBH) para que sejam atendidas pessoas em trajetória de rua que foram incluídos nos abrigos do município. Aliado a isso, relataram que os laços sociais podem ser inexistentes ou apresentar dificuldades, como por exemplo, os familiares também apresentarem transtorno mental.

Os agentes públicos dos centros de convivência dizem buscar ampliar a autonomia da pessoa em sofrimento mental. Para tanto, mobilizam os monitores (artistas que fazem oficinas coletivas de arte, artesanato e atividades físicas nos centros de convivência) e professores do curso de Ensino para Jovens e Adultos (EJA) das turmas que funcionam no serviço, para ajudarem a definir se o beneficiário pode ser selecionado. Avaliam se o sujeito é, ou não, assíduo nas oficinas, como é seu relacionamento com outros usuários, se é autônomo nas atividades realizadas nos centros de convivência e/ou na mobilidade urbana. Isso vai ajudando a estabelecer se ele consegue atender às exigências do mercado de trabalho, ou seja, utilizam-se do poder discricionário para desenvolver o que denominam de “[...] uma tecnologia levíssima.” Acredita-se que a vinculação ao centro de convivência contribua para a adesão ao tratamento, principalmente no que se refere ao uso de medicação. Isso é importante porque foram recorrentes nos relatos dos agentes públicos das desestabilizações psíquicas de beneficiários do projeto devido ao abandono do tratamento na RAPS. Defendem, assim, que a adesão, ou não, ao tratamento (medicamentos e terapias) e às atividades dos centros de convivência, impactam diretamente nos resultados do projeto.

5.2.5 O poder discricionário para selecionar os beneficiários do projeto no Hospital das Clínicas

No que diz respeito à participação no projeto de agentes públicos vinculados ao Hospital das Clínicas (HC), as evidências obtidas no trabalho de campo apontam para o uso do poder discricionário desde a adesão ao projeto até a criação estratégias para gerar ganhos secundários. A primeira evidência tem relação com o uso da discricionariedade na forma como se deu a adesão da instituição ao projeto. Na entrevista³¹, a coordenação do HC relatou que foi ao SRTE/MG para incluir a população dos ambulatórios de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar HC no projeto. No trecho de entrevista, abaixo, é possível perceber que essa adesão não foi oficialmente formalizada entre SRTE/MG e UFMG. Mas, o projeto segue sendo executado desde 2019.

[...] a gente sabia que o Ministério do Trabalho tinha um cadastro com pessoas com transtorno mentais que poderiam ser inseridos. Então, a gente encaminhava, no sentido assim, sem ter esse vínculo com os profissionais do Ministério. Dizia: Ah, procura na Rua dos Tamóios, eles vão fazer um cadastro seu. E a pessoa ia lá e, eventualmente, algum conseguia o emprego pelas vagas de reserva de mercado. E, com isso, **eu e outros agentes públicos do HC**, a gente sabia que os centros de convivência de Belo Horizonte faziam essa interlocução e a gente pensou: quem sabe

³¹ Entrevista realizada com a coordenação do projeto no Hospital das Clínicas em 17 de novembro de 2022. Dados da Pesquisa (2022)

a gente conversando lá, nós vemos esses que vão precisar desse período de treinamento, não vão conseguir ser inseridos imediatamente no trabalho, mesmo com a vaga protegida? Quem sabe a gente consegue com os pacientes do HC também? E aí a gente ligou para lá, agendamos uma reunião com o **agente público do SRTE/MG** e oferecemos isso para ele. Ele topou, ele bancou a ideia de o HC também passou a ser um local de assistência que poderia fazer esse fluxo. Então, a partir daí foi a primeira turma. A primeira turma aqui do HC é muito mais recente do que a da Prefeitura. Acho que foi em 2019 mesmo. Foi antes da pandemia (Dados da Pesquisa, 2022).

É importante ressaltar que, durante a entrevista, a coordenação do projeto no HC, o agente público justifica suas ações como respostas ao desejo dos pacientes em trabalhar e pelas dificuldades impostas pelas patologias para que isso ocorra. Argumenta que alguns pacientes atendidos têm experiência mais recente no mercado de trabalho, além de condições de ocupar imediatamente uma vaga de emprego. Esses são orientados a buscarem o Ministério do Trabalho, mas não são incluídos no projeto. Em relação à inserção via projeto, diz que “[...] o projeto é para aqueles que vão precisar dessa transição, né? Vão precisar desses meses como aprendiz, com a capacitação da instituição formadora.” É o que a coordenação do projeto no HC denomina de trabalho assistido ou trabalho protegido.

Em relação ao estabelecimento dos critérios de seleção de pessoas em sofrimento mental para o projeto, há indícios que, embora a equipe do HC tenha se inspirado no desenvolvimento do projeto realizado pelos centros de convivência da PBH, os parâmetros são mais biomédicos. O coordenador do projeto na instituição relatou também que mais pessoas com esquizofrenia são inseridas no projeto: “[...] acho que, provavelmente, uns 3 (três) para um. A cada três esquizofrênicos, vem uma pessoa bipolar. [...] a gente já deve ter inserido umas 15 pessoas com esquizofrenia e umas 3, 4 com transtorno bipolar, mais ou menos”. Quando questionado sobre os motivos para a utilização desses critérios de seleção dos beneficiários para as vagas de trabalho, sobre as justificativas para a priorização dos casos de esquizofrenia e, se era mais difícil inserir a pessoa com transtorno bipolar, ele declarou que o esquizofrênico, em sua percepção, é mais vulnerável:

[...] na verdade, é porque o quadro de esquizofrenia ele é um quadro com mais prejuízo funcional que o transtorno bipolar. Então, eles precisam mais, na verdade. A pessoa com transtorno bipolar tem mais chance de inserido no mercado tradicional. Então, a gente reserva o projeto, ou seja, a inserção no trabalho protegido, para pessoas mais vulneráveis. Por isso que a gente insere mais pessoas com esquizofrenia do que com transtorno bipolar (Dados da Pesquisa, 2022).

Outra evidência da priorização dos esquizofrênicos, deixando em segundo plano o transtorno afetivo bipolar, está em características atribuídas pelo entrevistado ao

comportamento das patologias. Aponta para a perda de funcionalidades físicas, chegando até a uma redução da expectativa de vida como fatores que reforçam a vulnerabilidade:

[...] As pessoas que têm esquizofrenia, por exemplo, elas têm mais doenças médicas gerais, elas geralmente têm três ou quatro comorbidades, sofrem de hipertensão, de diabetes, a expectativa de vida é aproximadamente de 15 a 20 anos menor que a população no geral. Se a expectativa de vida do brasileiro está por volta de 76, 77 anos, a pessoa com esquizofrenia você tira 15 anos de expectativa de vida. Então, é uma população vulnerável. Então, tudo que a gente conseguir fazer para dar um mínimo de dignidade para as pessoas, principalmente dos quadros mais graves, acho que é válido sim. (Dados da Pesquisa, 2022).

Há indícios também que os agentes públicos do HC utilizam-se das suas atribuições para minimizar os prejuízos sociais decorrentes da patologia, os quais inviabilizam, em alguns casos, as possibilidades de reinserção laboral desses sujeitos. Os argumentos utilizados pelo coordenador do projeto no HC para reforçar a importância de uma inclusão de esquizofrênicos no mercado de trabalho de forma gradual e assistida demonstram uma preocupação com ações que minimizem os chamados sintomas negativos, que são exatamente aqueles com consequências psicossociais, como no trecho da entrevista, abaixo:

[...] Porque a gente sabe, por exemplo, os estudos mostram para gente que, o principal prejuízo funcional na esquizofrenia, a causa desse prejuízo, não são os sintomas psicóticos, não são os delírios e alucinações. São outros tipos de prejuízos: o prejuízo na cognição, o prejuízo na cognição social, os prejuízos nos sintomas negativos. [...] Os sintomas negativos são a apatia, o retraimento social, a diminuição de expressão facial, que pode acontecer na esquizofrenia. Esses sintomas são os principais preditores de funcionamento e não, os delírios e alucinações. E o tratamento farmacológico, age no delírio e alucinação. Não tem nenhum medicamento, aprovado, que melhore a sintomatologia negativa, que melhore a cognição dessas pessoas. Então, a gente, infelizmente, oferece muito pouco para as pessoas com esquizofrenia. A gente tenta que eles fiquem sem ouvir vozes, que o delírio não tenha tanto impacto na vida da pessoa. Isso é importantíssimo, claro! Mas, não é o suficiente para a gente falar em recuperação, em funcionamento real. Então, a gente precisa de mais e a inserção no mercado de trabalho é um tipo de reabilitação. A gente não pode só ficar contente em prescrever medicação para essas pessoas (Dados da Pesquisa, 2022).

As evidências da pesquisa demonstraram também que os resultados da inclusão no HC são mais expressivos para homens com esquizofrenia. A esse respeito, pretendíamos saber se isso era mais um indício do uso do poder discricionário para selecionar a clientela, conforme previsto por Lipsky (1980), ou seja, se os homens eram priorizados. Questionado, o agente público disse que não. Justificou, dizendo que a proporção é de um homem para uma mulher acometido pela doença. Mas, os prejuízos em termos de indicadores sociais para homens são maiores. A esse respeito, argumenta que “[...] o que acontece é que no homem, acomete o primeiro episódio um pouquinho mais precoce que as mulheres. Então, a média de início é por

volta de 19, 20 anos. Na mulher, geralmente a média de início é de 22, 23 anos”. Conclui que essa diferença de tempo de acometimento da doença entre homens e mulheres permite que elas atinjam outros marcadores sociais, como por exemplo, maior nível de escolaridade, constituir família, inserção no mercado de trabalho etc. E, isso, faz com que elas tenham maior chance de reabilitação psicossocial pelo trabalho, mesmo acometidas pela mesma patologia que os homens.

Uma evidência da pesquisa, em especial na fase do projeto desenvolvida no HC, é que o uso da discricionariedade do agente público ser maior que os registros formais (contratos ou documentos) entre o hospital universitário e o Ministério do Trabalho. Uma das explicações para esse fato é aquela apontada por Lipsky (1980, p.73), “[...] na medida em que as tarefas permanecem complexas e a intervenção humana é considerada necessária para a efetividade do serviço, a discricionariedade permanecerá sendo uma característica de muitos postos de trabalho do serviço público”. Outra resposta possível é que as características situacionais, como por exemplo, as apontadas pelo sociólogo David Mechanic, conforme Lipsky (1980, p.75), podem afetar o trabalho dos burocratas de nível de rua, conforme abaixo:

“[...] o sociólogo David Mechanic sugeriu que vários fatores afetam os trabalhadores de baixo nível hierárquico. Esses fatores incluem qualidades e características tais como a especialização, a demonstração de interesse e de esforço e o carisma pessoal. Eles também incluem características estruturais, tais como sua localização dentro da organização, o que afeta o comando da informação e o acesso e comando de ferramentas organizacionais” (Lipsky, 1980, p.75),

Tudo indica que as concepções de Lipsky (1980) estão centradas em fatores organizacionais, pois partem do pressuposto que a efetividade das características pessoais depende, em grande parte, do *locus* organizacional do trabalhador. Porém, nesse caso, há indícios que as outras qualidades do coordenador do projeto no HC produziram impacto também, pois não foi apenas a sua posição gerencial na organização que determinou a inclusão do HC no projeto e seu desenvolvimento na instituição. Necessitamos considerar a demonstração de interesse pessoal e esforço dos agentes públicos em minimizar as pressões de pacientes e familiares por ações que visem a inserção psicossocial pelo trabalho. Apesar disso, é importante que se reconheça que o poder discricionário conferido ao servidor público, vinculado ao hospital universitário, foi determinante para as outras etapas do projeto, como por exemplo, a mobilização da equipe para triagem e indicação dos pacientes para o projeto e o monitoramento das ações.

Diante disso, percebe-se que as evidências da pesquisa corroboram, em sua maioria com a primeira hipótese de Lipsky (1980) para quem o *locus* organizacional irá determinar

resultados da implementação de políticas públicas. Há indícios que o uso do poder discricionário por burocratas de nível de rua vinculados à SRTE/MG, aos Centros de Convivência e ao Hospital das Clínicas permite a inserção de psicóticos no mercado formal de trabalho. Em especial, destaca-se a alta discricionariedade da coordenação projeto, que se utiliza do poder de sanção na forma de multas às empresas que não cumprem a Lei de Cotas. Esse agente público utilizou-se de todo o aparato legal para pessoas com deficiência e da *expertise* do Ministério do Trabalho para a geração de oportunidades de emprego no segmento de pessoas com transtornos mentais. Portanto, usa preceitos legais para transformar a condição médico-jurídica de pessoas em sofrimento mental: A loucura é categorizada entre os casos de deficiência. E, a partir disso, esses sujeitos tornam-se agentes econômicos no mercado do trabalho. Dito de outra forma, permite aos ditos loucos acessarem o *status* de cidadão de direitos, inclusive ao trabalho.

Desse modo, em consonância com ideias de Lipsky (1980, p.73), constata-se que os “[...] os burocratas de nível de rua desfrutam de considerável discricionariedade – em parte porque a sociedade não quer um serviço público informatizado nem a aplicação rígida das normas em detrimento da capacidade de resposta a cada situação individualmente.”. Sendo assim, na próxima seção apresentam-se as evidências da pesquisa para as rotinas de trabalho utilizadas pelos trabalhadores da linha de frente para racionalizar os recursos disponíveis.

5.3 A racionalização dos recursos e as rotinas de trabalho

Em termos de recursos em saúde mental, percebe-se um descompasso entre as necessidades no âmbito social que a população (em sofrimento mental) demanda e os interesses do governo em ofertar serviços. É o que Aguiar e Lima (2019, p.7), utilizando-se de uma tipologia de Steffen (2017) denominam de *welfare gaps*. No que diz respeito aos cuidados em saúde mental no Brasil, há indícios – conforme realidade denunciada pelo Conselho Nacional de Psicologia - CNP (2019), em parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público e outros, no Relatório³² de Inspeção Nacional (2018), da existência de resistências de atores políticos em construir consensos em torno de uma política social com bases na reabilitação psicossocial no território e na desinstitucionalização.

As evidências apontadas pelo relatório do CNP (2019) demonstram a mudança do perfil dos gastos públicos com o cuidado em saúde mental a partir de 2002. No ano da promulgação da Lei antimanicomial, o Estado brasileiro aplicava 75,24% dos recursos

³² Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em 7 de setembro de 2021.

federais em serviços hospitalares, enquanto somente 24,76% eram investidos na rede de atenção comunitária. Já em 2013, o montante investido em serviços de base territorial e comunitária era de 79,39%, sendo o percentual investido em serviços hospitalares de 20,61%. A partir dos anos 2017 e 2018, os dados evidenciam que houve uma nova inversão da tendência de investimentos do Estado em serviços substitutivos ao manicômio, conforme a seguir:

No ano de 2018, o Ministério da Saúde destinou à Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas o montante de R\$ 1.508.146.093,08. O que representa um aumento de aproximadamente 5% sobre o orçamento executado em 2017. No mesmo período, o aumento do financiamento destinado aos hospitais psiquiátricos cresceu cerca de 26%, considerando os valores correspondentes aos procedimentos informados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), informalmente conhecido como “a produção hospitalar com base no registro de registro da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)” (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p.471).

No mesmo sentido que o CNP (2019), Cruz; Delgado e Gonçalves (2020) analisaram 14 normativas emanadas pelo governo federal e Ministério da Saúde relativo à saúde mental no SUS no período de 2016 a 2019. Os autores advertem para alterações na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas que denunciam o aumento do direcionamento de recursos para hospitais psiquiátricos e, indiretamente, o incentivo à internação e seu prolongamento. No caso da portaria do Ministério da Saúde 3.588 de 21 de dezembro de 2017, por exemplo, aumenta-se “[...] o valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60% e muda as regras para o estabelecimento de leitos de saúde mental em hospitais gerais”. Sendo assim, observa-se que, embora nos anos pós-promulgação do marco legal da reforma psiquiátrica brasileira tenha ocorrido um crescimento dos gastos públicos com o tratamento em liberdade, com investimentos em serviços territorializados vinculados ao Sistema Único de Saúde - SUS, a força dos manicômios demonstrou que resiste e persiste, influenciando os gastos com a política nacional de saúde mental álcool e outras drogas.

Outra questão relevante diz respeito aos riscos de desfinanciamento da política de saúde mental, quando está acontecendo uma transição de uma atenção à saúde mental direcionada ao modelo hospitalar para outra centrada no cuidado comunitário. De acordo com Renata Weber Gonçalves, em evento organizado pela Fiocruz³³ em 2020, os gastos em saúde mental, se corrigidos pela inflação, [...] “tiveram uma queda em 2016 e depois ficaram

³³Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/>. Acesso em 21 de abril de 2023.

estáveis, sem crescimento: esses gastos foram de cerca de 2,6 bilhões de reais em 2019, um valor próximo ao observado em 2009”. Evidencia-se, com isso, a manutenção dos gastos em saúde mental, mesmo observando-se o crescimento populacional e da demanda por tratamento em saúde mental no período.

Uma contribuição importante da pesquisadora Renata Gonçalves é a apresentação de dados preliminares de pesquisa que busca compreender o comportamento dos gastos públicos em saúde mental. De acordo com a pesquisadora (2020), “[...] o setor de saúde mental representava apenas 2,7% dos gastos da saúde em 2001 e, em 2019, essa dimensão era ainda menor, somente 2,1%, ou R\$ 12,50 por pessoa. [...] Se considerarmos o número de pessoas que precisam de assistência em saúde mental e o número de pessoas que efetivamente recebem esse cuidado, a perda de recursos da rede de atenção psicossocial, junto com o desfinanciamento do SUS, é de um nível de gravidade enorme”, acrescenta. Nessa mesma direção, o atlas Organização Mundial de Saúde - OMS, em sua edição recente, reúne indicadores de 171 países sobre políticas de saúde mental. Avaliou a legislação, financiamento, recursos humanos, disponibilidade e utilização de serviços e sistemas de coleta de dados. No que diz respeito à liderança e governança eficazes, os resultados demonstram que nenhuma das metas foi alcançada. De acordo com a OMS (2021), “[...] em 2020, apenas 51% dos 194 Estados Membros da OMS relataram que sua política ou plano de saúde mental estava em consonância com os instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos.” Para além, apenas 52% dos países conseguiram atingir os objetivos estabelecidos para programas de prevenção e promoção da saúde mental. Apesar disso, o relatório demonstra que houve uma redução de 10% da taxa de suicídio, que pode ser atribuída às estratégias políticas de prevenção restritas a planos autônomos de 35 países. Como as metas estabelecidas para o período (2013 – 2020) eram de 80% para esses indicadores, reforça-se o argumento de que há um *gap* entre as demandas das populações em sofrimento mental e a capacidade dos Estados nacionais em ofertar serviços em ambientes comunitários, promover ações de prevenção de saúde mental e sistemas eficazes de informação. Por isso mesmo, a OMS dilatou o prazo para o cumprimento das metas para o ano de 2030.

Diante disso, tem-se que os recursos públicos em saúde mental apresentaram uma tendência de queda nos últimos anos, tornando ainda mais desafiador o trabalho dos agentes públicos no setor. Para aqueles envolvidos em sua prática diária com a assistência às pessoas em sofrimento mental, a situação se mostra ainda mais grave, uma vez que, se a tendência é o investimento em assistência hospitalar, a reinserção social pelo trabalho é relegada a último plano. As evidências da pesquisa demonstram uma preocupação com esse cenário, que

ameaça, inclusive de extinção, os serviços territorializados, que é o caso dos centros de convivência, por exemplo. Uma das interlocutoras da pesquisa esboça essa preocupação com investimentos para o serviço da seguinte forma:

[...] Na questão de repasse de recursos, atual, recebemos um recurso mínimo que vai para o Fundo Municipal de Saúde. E a gente não tem recurso Federal. A gente não está garantida enquanto repasses de recurso Federal e a gente é bancado, vamos dizer sustentado, pelo município. [...] O centro de convivência está previsto com dispositivo na RAPS. Mas, em termos de repasse de recursos, é o recurso do município. Hoje, mais recente, do Estado e nada do nível federal. Inclusive isso é uma grande questão para gente. E a gente já tentou fazer mobilizações. Até a gente teve o primeiro encontro estadual de centros de convivência, o encontro nacional para tentar avançar nessas questões e garantir recursos das três esferas de governo para os centros de convivência. Mas, por enquanto, isso não foi possível, né? (Dados da Pesquisa, 2022).

Se os recursos são escassos, as necessidades da pessoa em sofrimento mental são complexas e crescentes. Embora o trabalho seja somente uma das formas de inclusão social, as experiências como as desenvolvidas em Belo Horizonte também são afetadas, exigindo dos trabalhadores da linha de frente maior dinamismo e criatividade para potencializar os recursos disponíveis. Diante disso, abaixo, apresentamos como os agentes públicos de cada instituição envolvida com a inserção de pessoas em sofrimento mental no trabalho formal racionalizam esses recursos através de suas rotinas de trabalho.

5.3.1 Coordenação do projeto no SRTE/MG

No caso da participação do Coordenador do projeto, que está vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego, tem-se uma participação atrelada ao arcabouço legal e às atividades desenvolvidas na instituição. Os achados da pesquisa demonstram que, embora o funcionário esteja vinculado ao projeto como idealizador, busque ampliar seus resultados no convite às novas empresas e monitore todas as ações, sua rotina de trabalho para o projeto de inclusão tem forte vínculo com suas atribuições de fiscal da Lei de Cotas. Contudo, é importante ressaltar que a participação no projeto demanda muito dessa pessoa. Um exemplo disso é que todas as comunicações, em especial *e-mails* encaminhados às empresas de acolhida dos beneficiários ou às instituições que trabalham no período de formação profissional metódica (ONG ou instituição do sistema S) são copiadas para a coordenação, demandando, muitas vezes, um posicionamento para resolver questões das mais diversas ordens, como por exemplo, se o trabalhador está em uma unidade da empresa longe de casa; se o chefe na empresa está nomeando o trabalhador de PCD, causando constrangimento frente aos colegas; se a pessoa entrou em surto e quer pedir demissão, etc.

No Quadro 6, abaixo, demonstra-se as rotinas desenvolvidas por esse agente público no projeto.

Quadro 6 - Rotinas de Trabalho do Coordenador do Projeto

Burocracia De Nível de Rua	Etapa da Implementação	Racionalizações de Recursos e Rotinas
SRTE/MG	Desenho do Projeto (planejamento das ações e projeto piloto 2014)	Visita à experiência do Rio Grande do Sul, que desenvolvia projeto de inclusão no mercado formal de trabalho, em especial, com deficientes intelectuais.
		Buscou parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte – MG para a indicação dos beneficiários do projeto, com a instituição de formação profissional do Sistema S para o período de 12 meses de treinamento e o convite à empresa que ofertaria as vagas no cargo de repositor de supermercado para a primeira experiência.
		Definidos os parceiros, participação em reuniões sistemáticas, durante 8 meses, para a definição dos critérios de inclusão de psicóticos no mercado formal de trabalho e o desenvolvimento do projeto piloto.
	Implementação do projeto	Convite a empresas para participarem do projeto durante a fiscalização do cumprimento da Lei de cotas para ampliar o projeto; Participação em reuniões mensais com os parceiros do projeto para discutir demandas dos beneficiários e ajustes na condução do projeto; Organização de reuniões semestrais com todos os parceiros e membros de RH de empresas convidadas a participarem do projeto para sensibilizar sobre questões relativas ao trabalho com a pessoa em sofrimento mental e captar novas vagas para o projeto; Buscou parceria com o terceiro setor, a partir de 2019, para a ampliação do projeto em termos da oferta de postos de trabalho para auxiliar administrativo.
	Monitoramento	Toda a comunicação entre as empresas e os agentes públicos responsáveis pelos encaminhamentos dos beneficiários é comunicada à coordenação do projeto, que interfere se necessário.

Fonte: Elaboração Própria. Dados da pesquisa, 2023.

Desse modo, embora seja necessário reconhecer, conforme Lipsky (1980, p. 67), que “[...] os burocratas de nível de rua têm algumas reivindicações quanto ao *status* profissional, mas eles têm também um *status* burocrático que exige o cumprimento das diretivas superiores”, na prática, os achados da pesquisa apontam para outra direção. A coordenadora do projeto não tem rotinas burocráticas repetitivas ditadas pela instituição a que está vinculada. É procurada para decidir as mais variadas dificuldades da implementação do projeto, logo, não há uma divisão de tarefas na qual ela possa apoiar-se.

Na seção seguinte, busca-se demonstrar como os trabalhadores dos centros de convivência racionalizam seu trabalho para encaminhar beneficiários e monitorar ações do projeto.

5.3.2 Trabalhadores dos Centros de Convivência

Em relação aos recursos humanos, físicos e financeiros utilizados para a indicação de beneficiários ao projeto pelos centros de convivência, os achados da pesquisa evidenciaram que a infraestrutura está constituída pelos equipamentos públicos em saúde mental das nove

regionais do Município, ou seja, são recursos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SUS – PBH). Assim, utiliza-se dos recursos investidos na infraestrutura dos centros de convivência já existentes ali, como por exemplo, o local, computadores e telefones, mobiliário, o prontuário físico e eletrônico, etc. No caso dos recursos humanos, ocorre o mesmo. Os monitores, a gerente do centro de convivência, o auxiliar administrativo e o apoio dos técnicos da RAPS do município são capital humano disponível para o projeto, que se beneficia indiretamente dos investimentos em saúde mental do município de Belo Horizonte – MG. Contudo, é importante ressaltar que, em alguns casos, os trabalhadores mobilizam os próprios recursos para que seja possível incluir um usuário. É o que demonstra o relato de interlocutor da pesquisa, que, na ausência da possibilidade de falar com a pessoa ou com um familiar sobre a entrevista de trabalho, busca na comunidade onde o usuário vive para localizá-lo:

[...] Entrar em uma vila para localizar aquele aspirante ou futuro aprendiz que precisava ir para a entrevista, que marca. Ele foi um dos indicados, que sinalizou ou que a gente percebeu e, fomos lá! De baixo de um sol, ficamos um tempão, até achar, até localizar a moradia. E a hora que a gente falou do que se tratava, que era uma oportunidade de trabalho. Rapidinho, as pessoas se prontificando, a própria comunidade ajudando. Aí explica melhor, né? E todos conhecem todos e, foi isso. Aí localizamos a casa dependuradinha, digna, mas dependuradinha, né? Cada um, como é possível fazer sua casa (Dados da Pesquisa, 2022).

Outra evidência aponta que, no período da pandemia de Covid-19, quando as atividades nas instituições formadoras foram suspensas, os centros de convivência tornaram-se referência para atividades do projeto, como por exemplo, disponibilizar computadores para os cursos *online* para que os beneficiários envolvidos dessem continuidade ao processo de inserção no mercado de trabalho de forma gradual, conforme previsto.

No caso das evidências sobre as rotinas de trabalho dos agentes públicos atuantes no projeto vinculados aos centros de convivência, no Quadro 7 mais abaixo, adotou-se uma perspectiva para a consolidação dos achados que privilegia as ações dos agentes públicos em vários âmbitos. Isso porque, embora eles tenham participado das reuniões de planejamento que antecederam o projeto piloto, de fato, estes trabalhadores da linha de frente operam, no caso do projeto aqui estudado, dentro das suas atribuições, especialidades e processos definidos pela Rede de Atenção Psicossocial do Município – RAPS. Assim, este segmento de funcionários da linha de frente, opera, dentro do projeto, como um módulo cujas tarefas estão limitadas às suas atribuições dentro da estrutura burocrática para atenção em saúde da PBH. Desta forma, podemos distinguir duas dimensões em sua participação dentro do projeto: intra

serviços de saúde mental (centro de convivência e RAPS) e inter projeto de inclusão (centro de convivência – SRTE/MG - instituições formadoras - empresas).

Na consolidação dos achados, foi possível perceber que as rotinas de trabalho dos gerentes dos centros de convivência envolvem ações que abrangem a inserção psicossocial desses sujeitos em vários âmbitos: adoção de critérios para estabelecer o grau de vulnerabilidade do sujeito; a mediação com a família para juntos avaliarem a possibilidade da inclusão no mundo do trabalho; a mobilização de agentes públicos vinculados às instituições de cuidado em saúde mental; as mediações com as empresas e instituições de formação profissional para minimizar as dificuldades das relações de trabalho e da volta à vida em sociedade e, a parceria do com o SRTE/MG para ampliar os resultados do projeto.

A pesquisa de campo indicou que os gerentes dos centros de convivência enxergam a inserção laboral como uma ação de inserção social, dentre tantas outras existentes nos centros de convivência. Para os gerentes deste serviço em saúde mental os beneficiários do projeto, em questão, são usuários do SUS e, por isso, têm projetos terapêuticos singulares, ou seja, a reabilitação psicossocial é definida caso a caso. Ser beneficiário do chamado “projeto de trabalho protegido”, ou não, é só mais uma possibilidade, conforme o relato em seguida:

[...] São usuários dos Serviços do SUS, especialmente do Centro de Convivência. Então, são sujeitos que têm projetos terapêuticos singulares na RAPS, ou seja, fazem tratamento em algum serviço clínico e foram inseridos em algum momento do projeto terapêutico deles nos Centros de Convivência e, não necessariamente, para estar no mercado formal de trabalho. Então, os usuários não são encaminhados para cá, ou não deveriam ser encaminhados, com o objeto específico de inserção nesse projeto. Em geral, os usuários são encaminhados dentro de um projeto terapêutico singular mais amplo, que envolve, pode envolver várias atividades do Centro de Convivência, inclusive, o projeto de trabalho protegido (Dados da Pesquisa, 2022).

Quadro 7 - Racionalização de Recursos e Rotinas de Trabalho dos Gerentes dos Centros de Convivência

Rotina	Caracterização
A primeira entrevista e o mapeamento dos primeiros indicadores do trabalho como possibilidade	Quando o usuário chega ao centro de convivência ocorre uma entrevista inicial para mapear um pouco a vida dessa pessoa. Segundo os interlocutores da pesquisa (2022), “[...] um dos indícios é de que essas pessoas têm uma pobreza muito grande nessa vida, não só de relação, de relação fora da casa, um cotidiano muito empobrecido.” Nessa entrevista já é mapeado se pode ou não usar o trabalho. Para tanto, realiza-se um histórico ocupacional e das habilidades tecnológicas daquele sujeito para futuras indicações. São mapeados também informações psicossociais, como por exemplo, a permanência do adoecimento, diagnóstico, autonomia, escolaridade, suporte familiar. Consideram-se também indicadores do nível de renda, ou seja, possuir o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), aposentadoria por invalidez e não possuir outra fonte de renda. É realizada uma avaliação caso a caso.
A interlocução com outros atores sociais também trabalhadores no serviço	O papel do centro de convivência é ampliar autonomia, o poder de contratualidade. Os monitores (artistas que fazem oficinas coletivas de arte, artesanato e atividades físicas nos centros de convivência) e os professores do curso de Ensino para Jovens e Adultos (EJA) das turmas que funcionam no centro de convivência aparecem como atores sociais importantes para ajudar a definir o momento de o beneficiário ser indicado para o projeto. Avaliam se o sujeito é ou não, assíduo nas oficinas, como é seu relacionamento com outros usuários. Isso vai ajudando a estabelecer se ele consegue atender às exigências do mercado de trabalho.
Criação de Listas de espera para vaga	Nos centros de convivência cria-se uma lista para as possíveis vagas, em que a dificuldades com os laços sociais, determina a vulnerabilidade, devendo servir como critério na hora do encaminhamento para a vaga. As habilidades de convivência no serviço, cumprir rotinas, assiduidade vai determinando o lugar do sujeito na lista.
Organização de documentação para admissão	As gerentes dos centros de convivência articulam com a família e, se necessário, com o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, para que a documentação exigida seja providenciada pelo beneficiário do projeto.
Elaboração do relatório de encaminhamento ao trabalho.	No uso de seu poder discricionário, o agente público elabora um relatório de encaminhamento, eliminando assim, a necessidade dele levar um relatório médico com apenas o relatório do psiquiatra. O relatório consta de um laudo do psiquiatra da RAPS, onde consta o diagnóstico, o CID, com o consentimento do usuário porque isso é considerado um dado sigiloso. As informações do encaminhamento são baseadas também em dados do prontuário eletrônico (gestão e o Sigrah) e do prontuário físico do Serviço.
Articulação com a família	Em alguns casos, o sujeito quer muito trabalhar, mas a família fica insegura em relação ao deslocamento, o receio de que vivência de experiência gere frustrações e traga um novo surto. Os interlocutores da pesquisa (2022) relatam “[...] dificuldades da família em entender a inclusão por vaga de PCD, pois a família não quer que o familiar em sofrimento mental seja considerado deficiente”.

Reuniões mensais com os usuários do Serviço	São realizadas reuniões coletivas com aqueles que estão no mercado de trabalho de cada centro de convivência. Busca-se, com isso, estimular as trocas coletivas. Ocorrem casos em que a pessoa que está trabalhando, incluída no mercado pelo projeto, diz que não precisa mais tomar a medicação e o colega o convence do contrário. Os agentes públicos acreditam que “[...] quando a pessoa escuta do próprio colega, tem uma noção de pertencimento. Ele sabe do que está falando, é verdade porque ele também vivencia”. As vezes, o colega é mais persuasivo que o profissional de saúde.
Assembleias e reuniões de familiares dos usuários do Centro de Convivência	Com periodicidade mensal, os usuários dos centros de convivência se reúnem para discutir questões do serviço e os beneficiários do projeto são convidados para darem seus relatos. Isso porque alguns familiares acompanham os usuários no Centro de Convivência e, alguns deles também estão em sofrimento mental. Existem casos de mais de um membro da família estar incluído no projeto.
Mediação do trabalho e para o trabalho	Os sujeitos que estão no projeto se queixam com os agentes públicos de problemas de ordem prática no trabalho ou problemas de ordem comportamentais. Nesse caso, as gerentes realizam o atendimento às demandas individuais, das instituições formadoras ou do RH da empresa. Isso se dá diariamente por <i>whatsapp</i> , por telefone ou <i>e-mail</i> . Os agentes públicos que gerenciam os centros de convivência, assim, buscam mediar a relação com a professora ou com o chefe, explicando um pouco mais a respeito da psicose, sensibilizando, dando as orientações a partir do que já conhecem do sujeito. É comum que, devido ao adoecimento, acreditem estar sendo perseguidos, temem serem muito lentos, que o trabalho não agrade aos superiores. Para os interlocutores da pesquisa (2022), justamente pelo adoecimento psíquico, às vezes escutam as vozes e as vivenciam de uma forma muito no literal. Como se aquilo que a pessoa estivesse falando fosse a realidade. “[...] Sem dá conta de perceber um chiste, uma metáfora, uma brincadeira em algumas situações”. Nesses casos, são estimulados a questionar, que falem de situações que não os agradam, trabalham para que a comunicação dos incluídos do projeto seja aprimorada.
Articulação com a RAPS	Em caso de desestabilização psíquica no curso ou no local do trabalho, os agentes públicos promovem o encaminhamento dos sujeitos para serviços de urgência da RAPS, ou seja, o centro de saúde ou o CERSAM. Em caso de permanência do problema, auxiliam no encaminhamento de atestados e justificativas de ausência ao trabalho. Caso o beneficiário do projeto não possua uma rede de apoio, o agente se encarrega em ofertar as justificativas ao trabalho e a documentação necessária.
Reuniões de Micro da RAPS	Quando a pessoa em sofrimento mental inicia o atendimento em saúde mental na RAPS (SUS – PBH), ela passa a contar com profissional de referência, que atua em seu projeto terapêutico. Quando indicado para o trabalho pelo agente público do centro de convivência ao trabalho, essa referência é, em alguns casos, convidado a opinar sobre essa indicação. Se esse paciente desestabiliza-se, o problema é levado para reuniões realizadas pela Rede de atenção psicossocial do município de Belo Horizonte – MG. Essas reuniões ocorrem por regional, destinando-se, dentre outras pautas, à discussão de casos. Assim, o agente público do centro convivência pode contar com o apoio de outros profissionais para pensarem em terapêuticas de estabilização e para avaliar o caso do pedido de demissão.
Reuniões de sensibilização da RAPS	Organizam reuniões com os profissionais da RAPS para sensibilizarem a respeito do Projeto de Inclusão. Nessas oportunidades, apresentam os objetivos do projeto, como funciona, quem são os beneficiários etc. Isso, para minimizar um problema recorrente: Profissionais da Rede, em alguns casos, encaminham o paciente para o centro de convivência para ser incluído no projeto, gerando frustração da pessoa que não pode ser incluída como beneficiária imediatamente. Dito de outra forma, executam ações para ampliar o entendimento de que o centro de convivência não pode atuar como agência de emprego e, que o trabalho deve ser visto apenas como mais uma das ações de reinserção social.

Reuniões com os Parceiros do Projeto	Participação em reuniões, com periodicidade mensal, para discutir as ações do projeto, tais como, a ampliação do número de parceiros, problemas no cotidiano do trabalho dos beneficiários, discutir casos de desestabilização e ajustes necessários para potencializar os resultados.
Reuniões de Sensibilização	Organizam reuniões, juntamente com a coordenação do projeto (SRTE/MG), com periodicidade semestral, para mobilizar RH de empresas que já estão no projeto ou convidadas durante a fiscalização para novas parcerias. Nessa oportunidade, aproveitam para sensibilizar a respeito das questões da loucura e da reforma psiquiátrica brasileira, evidenciando um esforço para reduzir o estigma que os beneficiários sofrem em alguns ambientes de trabalho.

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa (2022)

Como o uso do termo trabalho protegido se referindo ao projeto foi recorrente durante todas as entrevistas, questionou-se junto aos interlocutores o porquê de nomeá-lo assim. A justificativa foi que é um trabalho protegido pela Lei, dando a entender que esses sujeitos se tornaram agentes econômicos no mercado de trabalho como qualquer outro cidadão. Além disso, protegido pela oportunidade de entrar no mercado de forma gradual, com a possibilidade de mediação para problemas decorrentes das relações de trabalho ou do adoecimento, conforme o trecho de uma das entrevistas, abaixo.

[...] Por causa das garantias legais, né? Então, é nesse sentido que estou falando. Se o usuário está inserido no mercado formal de trabalho e está em dia com os pagamentos devidos do INSS e ele tem uma crise, ele tem a garantia ali do afastamento seja pela empresa, seja pelo INSS. Se ele não está inserido é...se ele é autônomo, né? Se a gente está fazendo uma inserção no mercado de trabalho a partir de alguma produção autônoma dele, se ele não está fazendo esse pagamento para o INSS, ele não está protegido. Então, eu estou falando de proteção legal mesmo e tem uma outra proteção também que é o cuidado que as empresas oferecem. Então, assim, vou dar um exemplo claro. O usuário entra em crise ele tem alguma... e essa situação é real. Por exemplo, o usuário entra em crise e pede demissão, pede demissão porque está ouvindo vozes, porque ele acha que as pessoas estão zombando dele, porque ele está persecutório com o gerente. São situações que são reais para ele. Então ele vai lá e diz: não quero mais trabalhar. O RH não faz a demissão. Ele é protegido dessa demissão porque o RH entende que pode ser uma situação de saúde que está levando a aquilo. Então, a gente é contatado. Isso é uma proteção para o usuário. Ele não abandona o trabalho simplesmente, de qualquer modo, sem que isso seja construído com ele e com a família e com quem está cuidando dele. Dados da Pesquisa (2022).

Um dado importante foi que os interlocutores da pesquisa destacaram vários fatores que potencializam os resultados do projeto, dentre eles, a adesão ao tratamento e o vínculo com o centro de convivência. Acreditam que “[...] o usuário que está em acompanhamento no centro de convivência, aderido ao tratamento na RAPS do município e com uso regular da medicação tem mais chances de continuar no trabalho”. Defende-se, com isso, que a participação em atividades dos centros de convivência torna-se uma vitrine, onde é possível perceber se a pessoa pode ser incluída no trabalho formal. Embora não seja padronizado o tempo desse vínculo com o serviço como critério para encaminhamento ao projeto, buscam detectar se aquele usuário já sofreu positivamente os efeitos do serviço. Esses efeitos seriam: Ele realmente já conseguiu uma melhora na relação social, uma melhora na convivência? Às vezes não se percebe uma melhora na relação porque são sujeitos muito embotados, muito tímidos. Mas, se são sujeitos que cumprem o dia e horários marcados e participam da oficina, conseguem permanecer no serviço, isso se torna um indicador. Com isso, há indícios que, quanto maior o vínculo do beneficiário do projeto ao centro de convivência, maior a chance de manutenção daquele sujeito no trabalho. Uma das explicações para isso pode ser a criação de uma relação entre beneficiário do projeto e trabalhador da linha frente. É o que os

interlocutores da pesquisa denominam de relação de transferência, um termo cunhado por Freud.

A transferência, segundo um dos interlocutores da pesquisa, nada mais é que, a relação que é criada a partir do atendimento psicológico ou psiquiátrico. Então, há uma relação ali médico-paciente, paciente-psicólogo e, muitas vezes a pessoa ao ser atendida, ela repete nessa relação a forma com que ela se relaciona lá no mundo externo. Com essa relação estabelecida, tem-se, de um lado o beneficiário do projeto que busca por mais ajuda e recursos para mediar os desafios do mundo do trabalho. Do outro, o trabalhador da linha de frente que vai utilizando do poder discricionário atribuído a ele para minimizar problemas que possam fazer com que a pessoa desista da experiência de trabalho e, conseqüentemente, potencializando as chances de sucesso do projeto. Contudo, cabe ressaltar que esse recurso humano, os trabalhadores da linha de frente, pode representar o gargalo para existência futura do projeto.

Os achados da pesquisa demonstraram que a mesma equipe envolvida no projeto piloto, com 15 beneficiários, é a que estava trabalhando para este fim em 2022. De acordo com dados da PBH (2022), cerca de 300 pessoas foram encaminhadas ao projeto até setembro de 2022. Essa é, inclusive, uma das preocupações dos interlocutores da pesquisa. Dizem em relação aos beneficiários do projeto: “[...] quem trabalha, dá trabalho”. Agem no projeto de inclusão como responsáveis pela indicação de beneficiários, monitoram ações, articulam com RAPS para resolver as desestabilizações e com outras secretarias, como a da Assistência Social, por exemplo, para providenciar documentos para a admissão no trabalho. Agem junto à família, quando possível, para potencializar as chances do sujeito permanecer no projeto. Já junto às empresas e instituições de formação, agem para mediar relações de trabalho e de convivência. Por isso, adotam práticas e criam rotinas para atenderem sob demanda.

Dados esses aspectos, a seguir, busca-se demonstrar os mecanismos utilizados pelos trabalhadores do Hospital das Clínicas (UFMG) para racionalizar os recursos disponíveis e possibilitar que usuários dos ambulatórios psiquiátricos tenham acesso ao trabalho no mercado formal.

5.3.3 Os trabalhadores do Hospital das Clínicas (UFMG)

Em termos de uso de infraestrutura, recursos físicos e humanos, a parte do projeto que é desenvolvida no hospital universitário é menor que a desenvolvida nos centros de convivência. A explicação, nesse caso, é que os trabalhadores contam com os recursos físicos de dois ambulatórios – o de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, enquanto que os

centros convivência somam nove dispositivos no município. Além disso, a equipe envolvida é menor: duas enfermeiras, acadêmicas de enfermagem e a coordenação dos ambulatórios, que é mesma do projeto na instituição. Portanto, espera-se que os resultados em termos de inclusão não sejam proporcionais aos alcançados pela PBH. Contudo, as evidências da pesquisa demonstram que foram gerados impactos indiretos do projeto, na forma de pesquisa e extensão que devem ser considerados.

Quanto às rotinas, percebe-se que a seleção dos beneficiários é, primeiramente, pelo diagnóstico. Assim, os beneficiários são aqueles com transtornos mentais graves que frequentam os ambulatórios de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar do hospital das clínicas. A triagem ocorre da seguinte forma:

“[...] A gente faz a pergunta direta na sala de espera, pelas acadêmicas do projeto de extensão de enfermagem: situação ocupacional, situação previdenciária, se recebe benefício, se não está trabalhando, se gostaria de trabalhar. Depois a gente lá, durante a consulta psiquiátrica, junto com o familiar, com o acompanhante do paciente, a gente tenta desenvolver e ver a viabilidade dessa possibilidade, né? Mora em Belo Horizonte ou em Contagem, consegue ter mobilidade? Gostaria dessa vaga? Porque, às vezes, a pessoa não quer trabalhar como repositor. A equipe faz uma pré-seleção e avaliam aqueles que estão, atualmente, sem fonte de renda, ou seja, não recebe nenhum benefício e têm o interesse, mobilidade urbana, proximidade da vaga e a residência e desejo de entrar no mercado de trabalho Dados da Pesquisa (2022).

Percebe-se, assim, que o diagnóstico é um primeiro indicador, que no decorrer das ações do projeto, vai sendo acrescido de informações sobre a situação ocupacional, capacidade de mobilidade, local de residência e renda. De acordo com o interlocutor da pesquisa, são realizadas outras ações no sentido de minimizar as perdas psicossociais que a pessoa em sofrimento mental possui e possibilitar a experiência de trabalho. Tudo indica que a equipe adota medidas para se antecipar aos problemas, como por exemplo, realizar ligações telefônicas para saber da rotina no beneficiário no curso de aprendizagem ou no trabalho, como está a mobilidade e os deslocamentos, etc.

De acordo com os achados da pesquisa, é comum as pessoas em sofrimento mental em atendimento no HC não possuírem experiências prévias de trabalho. Então, a equipe precisa oferecer orientações “[...] no sentido de entender as regras do mundo do trabalho: ausentou-se, tem que justificar, enviando o atestado médico. Se a família viaja em férias, o sujeito não pode viajar e acreditar que isso é uma justificativa para sua ausência”. Outras vezes ajudam com a preparação para a entrevista na empresa, auxiliando com o básico, como por exemplo, comportamentos e comunicação com o entrevistador etc.

Em caso de desestabilização psíquica em alguma etapa do projeto – período de formação ou na empresa, a equipe intervém marcando consultas ao psiquiatra com maior periodicidade.

Na concepção do responsável pelo projeto no HC, o início no projeto de trabalho é um período mais vulnerável para a desestabilização. Atribui isso aos longos períodos que podem envolver um surto psicótico grave, deixando a pessoa inexperiente no mercado de trabalho. Assim, nem sempre o incluído é jovem, mas, na maioria das vezes, é inexperiente.

Um indício importante da pesquisa é que, provavelmente, a grande contribuição do trabalhador da linha de frente, idealizador do projeto na instituição, não seja o número de pessoas incluídas. Há evidências que o maior impacto será gerado por fatores que têm relação com a *expertise* da burocracia a que está vinculado. Um exemplo disso é a criação de um índice de melhora de funcionalidade para os beneficiários do projeto. De acordo com o interlocutor da pesquisa, está em andamento um projeto de mestrado de uma aluna da neurociência do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG, que busca avaliar o reflexo dessa inserção no mercado de trabalho para essas pessoas. Descreve a experiência da seguinte forma:

[...] o objetivo é criar um indicador em que avalie os sujeitos que estão no projeto em termos de funcionalidade, em termos de qualidade de vida, em termos de estigma, em termos até de avaliação cognitiva: a memória, a atenção, a fluência verbal, melhorou, mudou após a inserção no mercado de trabalho? Seriam através de questionários e entrevistas baseados em escalas e avaliação cognitiva. Testes cognitivos, testes de memória, por exemplo. Então, a ideia é realizar a avaliação, no início, nos primeiros dias que eles começarem na instituição formadora e, depois de alguns meses, posteriormente, para verificar o efeito dessa inserção Dados da Pesquisa (2022).

Apesar do desenvolvimento do índice estar em um estágio embrionário, não nos possibilitando oferecer maior detalhamento, percebe-se que podem ocorrer ganhos indiretos ao projeto com o uso do poder discricionário dos agentes públicos. Às vezes, esses ganhos estão relacionados com suas habilidades profissionais, as vezes relacionadas a *expertise* da burocracia de nível de rua que trabalha. Nota-se, assim, que os agentes públicos vão racionalizando os recursos e buscando potencializar suas contribuições.

Diante disso, há indícios que para o caso investigado, os achados corroboram com os argumentos de Lipsky (1980): os trabalhadores da linha de frente racionalizam recursos públicos disponíveis seja em dispositivos do SUS em saúde mental do município ou do HC, seja no Ministério do Trabalho e Emprego. No uso do poder discricionário selecionam os psicóticos mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico e os transformam em trabalhadores, inseridos no mercado como PCDs. Acrescenta-se a isso, a utilização de simplificações cognitivas para reduzir o alto grau de incerteza com que trabalham. No próximo capítulo buscaremos demonstrar o que os achados da pesquisa evidenciam a esse respeito.

6 O IDEAL DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E AS SIMPLIFICAÇÕES COGNITIVAS

No mesmo sentido que Lipsky (1980), partimos da hipótese de que os trabalhadores da linha de frente precisam equalizar as pressões e conflitos impostos pelas expectativas dos cidadãos e por atores sociopolíticos em relação às atuações do Estado no sentido da reinserção social pelo trabalho, conforme dito no capítulo 4. No intuito de equilibrar essa pluralidade de expectativas, racionalizam os recursos escassos por meio das rotinas de trabalho, conforme apresentado no capítulo 5 e desenvolvem simplificações cognitivas, ou seja, mobilizam símbolos, estabelecem escalas de prioridade de acordo com rótulos mentais com os quais classificam, incluem ou excluem beneficiários, ao tempo que criam racionalizações e justificativas para atribuir sentido à distância existente entre o ideal e a realidade do serviço (Salej, *et.al*, 2016).

Nesta seção, apresentamos os critérios de enquadramento e definição dos beneficiários adotados por agentes públicos para inserir, excluir ou manter pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho.

6.1 Critérios de enquadramento e a definição do beneficiário

Os resultados da pesquisa demonstraram que as ações voltadas para inserção da pessoa em sofrimento mental no mercado de trabalho envolvem um alto grau de incerteza. Tanto é assim que, nas entrevistas, foram recorrentes as referências ao encaminhamento dos beneficiários ao projeto como uma aposta. Uma explicação para isso pode ser atribuída às peculiaridades que envolvem os cuidados em saúde mental e as dificuldades em definir o trabalho como possibilidade de reinserção social. Dito de outra forma, em um caso clínico, o diagnóstico é definido de acordo com avaliações multidisciplinares onde tomam parte psiquiatras, psicólogos e outros profissionais. Os agentes públicos relataram que a singularidade, ou seja, a avaliação de caso a caso, define as ações, pois o caminho a ser percorrido depende do traço do sujeito, ou seja, “[...] tem umas coisas que são da condição psíquica de cada um, da subjetividade de cada um” (Dados da Pesquisa, 2022).

Um outro achado da pesquisa foi que os agentes públicos precisam criar racionalizações para lidar com a dicotomia que envolve o trabalho como um constructo social. Se por um lado o trabalho pode ser utilizado como possibilidade para reabilitar do ponto de vista psicossocial: gerar significados para romper com a rotina empobrecida desses sujeitos; impactar na redução dos sintomas negativos da psicose; produzir incremento na renda familiar, criar autonomia etc. Por outro, pode gerar o agravamento do quadro de saúde. Por isso, esses agentes públicos

precisam equalizar a possibilidade da estabilização do quadro clínico do beneficiário e suas expectativas em relação a trabalhar no mercado formal; a avaliação da equipe do trabalho como possibilidade para o paciente e, as expectativas dos familiares. Em outras palavras, os trabalhadores da linha de frente vão enfrentar o dilema: o trabalho vai melhorar ou piorar a condição psíquica do aspirante a uma vaga de emprego no mercado formal de trabalho?

Os interlocutores da pesquisa defendem que “[...] o trabalho produz significados, produz sentido, produz convivência, fora da que ele já tinha.” No entanto, pode gerar um adoecimento ou desestabilização do quadro psíquico. Um deles aponta para esse fato da seguinte forma:

[...] iniciativas, como as desse projeto, em um trabalho assistido, por exemplo, são muito poucas ainda. A gente precisa de reabilitação para as pessoas com transtornos mentais graves. É possível que elas se reabilitem. A gente tem que ter políticas e profissionais capazes de fazer isso, né? [...] Acho que isso parte dos profissionais que o atendem também. Então, a reabilitação, observar uma maior potencialidade daquele sujeito, é sempre importante. E, potencialidade, não necessariamente do trabalho. Às vezes a maior potencialidade da pessoa é ir à padaria, outro, é escovar o dente, né? (Dados da Pesquisa, 2022).

No intuito de organizar os achados do campo em relação às simplificações cognitivas realizadas pelos agentes públicos para definir beneficiários e incluí-los no mercado de trabalho, sintetizamos as informações, conforme no Quadro 8, abaixo. Os achados foram organizados conforme a intenção do agente público, ou seja, incluir ou excluir potenciais beneficiários para o projeto e a manutenção da pessoa no posto de trabalho.

A síntese dos achados nos possibilitou perceber que, os trabalhadores da linha de frente escutam e interpretam falas e desejos dos beneficiários, para incluir esquizofrênicos e bipolares no trabalho. Manifestar o desejo de trabalhar, por exemplo, é um sinal para eleger um potencial beneficiário para o projeto. Com isso, inicia-se um processo, incluindo o sujeito em uma lista de espera pela possível vaga e os agentes públicos começam a observar suas potencialidades psicossociais para o trabalho.

Quadro 8 - Operações Cognitivas por Intenção dos Agentes Públicos: Inclusão, Manutenção e Exclusão no Projeto

Intencionalidade	Simplificação Cognitiva	Justificativa
Operações Cognitivas para a Inclusão	O trabalhador da linha de frente identifica o desejo manifesto de trabalhar.	O desejo de trabalhar aparece como a primeira condição para ser incluído. A partir dessa manifestação, o agente público precisa equalizar o potencial do sujeito com suas condições psicossociais e necessidades econômicas.
	O funcionário da linha de frente busca reconhecer se a pessoa em sofrimento mental atendida no serviço tem os laços sociais esgaçados.	Utiliza-se de critérios sociais, como por exemplo, ter ou não família como suporte. Isso pode definir maior ou menor vulnerabilidade do sujeito e fazer com que ele tenha prioridade na indicação para a vaga de trabalho.
	É observado como a pessoa com transtorno mental organiza o tempo e as rotinas da vida, ou seja, o experienciado nos serviços de saúde (PBH - HC) como parâmetro para a inclusão no trabalho.	A frequência ao centro de convivência possibilita a convivência com outras pessoas, a criação de uma rotina, o uso do território, a emancipação da tutela da família. Os agentes públicos usam desse percurso nos centros de convivência, onde participam das oficinas, das atividades como bazares, exposições e projetos. Assim, as atividades desenvolvidas na instituição vão balizar se o usuário está pronto ou não para ser inserido no mercado formal de trabalho. No caso dos beneficiários indicados pelo Hospital das Clínicas, essas observações não são determinantes.
	O trabalhador do serviço em saúde mental observa características psicossociais para definir o cargo que será ocupado.	Para determinar qual o tipo de vaga que a pessoa em sofrimento mental tem o perfil, utilizam-se das observações diárias de comportamento nos serviços de saúde, a organização dos pensamentos para conversar, o autocuidado, a experiência pregressa no trabalho, as habilidades com a informática etc.
	Os trabalhadores dos serviços em saúde mental utilizam-se do princípio da equidade (valor do SUS) como critério de desempate para a indicação do beneficiário.	Os princípios do SUS, a equidade, por exemplo, norteiam a definição de quem vai ser indicado para o projeto ou ditam critérios de desempate. A existência de uma família, a renda familiar e renda <i>percapita</i> vai definir maior ou menor vulnerabilidade social. Indicam pessoas que, na avaliação da equipe, não conseguiria a inserção no mercado de trabalho formal pela via competitiva plena e não possuem aposentadoria ou o BPC.
	Os funcionários da linha de frente precisam auxiliar, em alguns casos, o beneficiário para cumprir as exigências das empresas.	Os gerentes dos centros de convivência e os trabalhadores do Hospital das Clínicas auxiliam no agendamento em órgãos públicos para providenciar documentos, ensinando qual o ônibus e percurso para chegar aos lugares. Quanto mais precária for a condição da família, maior a intervenção nessa etapa.
	A loucura é interpretada como deficiência psicossocial	A maior parte dos agentes públicos entrevistados não concordam que loucura é deficiência, mas argumentam que pela permanência do adoecimento e as barreiras psicossociais que isso gera, torna-deficiente social. Argumentam também que essa dificuldade pode ser devido à tradução do termo deficiente.
	O desenvolvimento de uma tecnologia levíssima de inclusão.	Desenvolvem uma tecnologia social baseada nas observações do convívio e do cotidiano das pessoas nos serviços de saúde para incluir as pessoas no trabalho. Utilizam-se do que vêm para julgar a evolução do paciente e seu envolvimento no serviço para determinar características que aumentam a chance de manutenção no posto de trabalho.

	A estabilização psíquica e o tempo de permanência no tratamento como parâmetro para indicação para o trabalho.	Não padronizam como critério o tempo no tratamento ou frequência ao serviço de saúde. Defendem que cada sujeito é singular. Isso não quer dizer que essas pessoas trabalhem com a ausência de sintomas, mas os agentes públicos buscam delimitar os candidatos a beneficiários do projeto conseguem participar do processo de seleção nas empresas e do curso de formação.
	A inclusão no curso de formação como menor aprendiz como alternativa ao avanço da idade.	Na delimitação das etapas do projeto, buscou-se incluir os beneficiários, inicialmente, como aprendizes. Isso porque a LBI (2015) determina que o aprendiz com deficiência não tem idade máxima para ser incluído. Como o público beneficiário não é jovem utilizou-se desse precedente legal para aumentar as chances de efetividade do projeto.
	Prioriza-se a esquizofrenia para indicação ao trabalho.	O entendimento é que devido a características da patologia, o esquizofrênico possua maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho.
Operações Cognitivas para a Manutenção no Trabalho	A entrada no mercado de trabalho de forma gradual para minimizar o risco de desvincular-se da experiência de trabalho.	A aprendizagem profissional foi uma ferramenta utilizada desde o desenho do projeto. A intenção dos agentes públicos era de aumentar a chance de manutenção do sujeito no mercado de trabalho. Acreditam que, principalmente os esquizofrênicos, não têm experiências progressas de trabalho. Defendem, assim, que a entrada no mercado de trabalho forma gradual pode minimizar as chances de abandono da experiência de trabalho.
	Inserção diferenciada de carga horária de trabalho.	As pessoas trabalham em uma carga horária, a grande maioria deles, de seis horas diárias. Então, têm uma forma de inserção diferenciada na empresa. Alguns passam a trabalhar oito horas, mas isso é a exceção e, não a regra. Os agentes pretendem com esse critério reduzir os efeitos negativos da patologia e do tratamento.
	O trabalho protegido pela legislação trabalhista	Argumentam que a inserção nesses moldes é de trabalho protegido. Mas, é uma simplificação cognitiva paradoxal porque o beneficiário do projeto não tem todos os direitos garantidos nem na condição de aprendiz, nem na condição de trabalhador porque muitos recebem menos de um salário mínimo. Devido a mudança na legislação a partir de 2019, com adoecimentos e licenças ao trabalho superiores a 15 dias, não têm direito ao salário. Essa dificuldade será detalhada no capítulo 7.
	As tentativas para romper com a imoralidade do mercado de trabalho e garantir maior empregabilidade.	Desde o projeto piloto, os agentes públicos definiram que os turnos de trabalho deveriam ser de 6hs de trabalho nas empresas. Isso para reduzir as chances de duas empresas contratarem a mesma pessoa para a vaga de deficiente, reduzindo, com isso, a chance da inserção de outras pessoas com deficiência no mercado de trabalho.
	Experimentar o trabalho como possibilidade.	Um usuário pode ser encaminhado várias vezes para o trabalho para experimentar e tentar se manter no posto de trabalho. Os agentes públicos realizam várias apostas.

	O alcance da autonomia como parâmetro para a assistência, ou não.	À medida que a pessoa vai se adequando ao trabalho e, muitas vezes estabilizando-se, os laços com os serviços de saúde vão se reduzindo. Nesse caso, os agentes públicos acreditam que o papel dos operadores do projeto é estar sempre com a rede de cuidados articulada para receber esse sujeito caso ele precise em um momento de descompensação psíquica. Com isso, maximizam recursos disponíveis (tempo) para se dedicarem a monitorar o projeto e atender os beneficiários com problemas no trabalho.
	O tripé – centro de convivência, trabalho e tratamento (psicólogo e psiquiatra) como recurso para a continuidade no trabalho.	No caso dos centros de convivência, continuar frequentando o serviço de saúde primária (PBH – SUS) facilita o monitoramento do Projeto. Essa frequência é considerada um indicador de permanência no projeto. Porém, ocorrem casos em que o trabalho faz o papel da reabilitação psicossocial do sujeito, reduzindo a importância de frequentar o serviço.
	A redução do estigma e auto - estigma como indicador de efetividade do projeto	Fora da abrangência do projeto, as pessoas em sofrimento mental que buscam vagas no mercado de trabalho mentem para serem inseridas. Em algum momento isso não se sustenta e são demitidos. Gera-se uma sensação de inadequação e de baixa estima. Para os trabalhadores da linha de frente, “o trabalho protegido” minimiza esses fatores e promove autonomia e redução do estigma até do próprio sujeito, o auto-estigma. Acreditam que isso possa ser esse um indicador de efetividade do projeto.
Operações Cognitivas para a Exclusão	Possuir benefícios sociais como BPC ou ser assegurado por aposentadoria como critério de menor vulnerabilidade social.	Embora nos critérios de elegibilidade dos beneficiários do projeto esteja prevista a possibilidade de compatibilizar benefícios sociais ou aposentadorias na fase do aprendizado, na prática, evitam incluir essas pessoas porque priorizam aqueles que não têm renda.
	Estabilização psíquica como critério de indicação para o trabalho	Os serviços de cuidado em saúde mental elaboram uma lista de espera para o projeto. Porém, no momento da indicação é avaliado o quadro psíquico. Isso porque uma frustração com a recusa da empresa durante a entrevista poderia levar ao agravamento do quadro.

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa (2022)

6.1.1 Operações cognitivas para incluir o beneficiário no projeto

No que se refere à inclusão dos beneficiários no projeto, constata-se que ter, ou não, uma rede de apoio, o acompanhamento familiar, torna-se um marcador de maior vulnerabilidade social, pois os agentes interpretam que a renda disponível é menor e, portanto, aquela pessoa precisa estar em um trabalho que garanta incremento nos ganhos e proteção social em caso de novas desestabilizações psíquicas. Para justificar suas ações e critérios na seleção dos beneficiários, se utilizam de argumentos como os que norteiam o SUS, a equidade, por exemplo.

Em matéria de enquadramento dos beneficiários, é importante destacar que os agentes públicos, em especial no Hospital das Clínicas, priorizam aqueles com quadro de esquizofrenia. Isso porque, acreditam que é um quadro com mais prejuízo funcional que o transtorno afetivo bipolar. Justificam suas ações dizendo que pessoa com transtorno bipolar tem mais chance de inserido no mercado tradicional devido a uma maior escolaridade:

[...] Na média, assim, as pessoas com esquizofrenia devem ter, como média, o primeiro grau completo. E as pessoas com transtorno bipolar, como uma média, ensino médio completo. Nada impede que tenha pessoas com o nível superior com esquizofrenia e, com ensino primeiro grau com ensino bipolar. Mas, como média, mais ou menos uns oito anos de escolaridade para esquizofrenia e, onze, doze anos para o transtorno bipolar (Dados da Pesquisa, 2022).

Apesar de ficar evidente mediante consulta a prontuários físicos e virtuais dos serviços, onde é possível identificar a escolaridade, perfil socioeconômico, renda familiar, experiências anteriores de trabalho, a maior parte dos participantes da pesquisa disseram estabelecer critérios de encaminhamento através das observações da convivência. Por exemplo, as questões do autocuidado, como tomar banho, foram citadas como determinantes para a seleção do beneficiário que será encaminhado a uma vaga de trabalho dentro do programa. Esse fato ficou evidenciado por uma participante da pesquisa, que exemplificou um caso de uma pessoa com trajetória de rua, trazida pela equipe da Secretaria da Assistência Social do município, que começa a se tratar no centro de convivência. Relatou que uma das demandas da paciente era trabalhar, mas não sabia explicar o porquê ela tinha dificuldade para tomar banho. Buscavam descobrir se era do adoecimento, se era aversão à água. Ressaltou que essa paciente tinha condições para o trabalho: “[...] ela lê, escreve, entende, ela é esperta, ela vai fazendo as atividades, ela aprende com facilidade, não tem perdas cognitivas graves”. No entanto, não pode ser encaminhada porque tem o limite do autocuidado - “[...] Ela tem! Porque fede muito, né?”. Diante disso, percebe-se que os parâmetros de encaminhamento de

psicóticos ao trabalho são flexíveis, ou seja, até questões básicas da interação social precisam ser avaliadas pelo trabalhador da linha de frente.

Uma evidência da pesquisa interessante foi a questão do enquadramento da loucura como deficiência para a inclusão no mercado de trabalho. Há indícios que esta é uma simplificação cognitiva para atender às especificidades da Lei de Cotas. Quando questionados a esse respeito, a maioria disse não concordar com tal enquadramento, justificando que a loucura é um transtorno mental e não uma deficiência. Alguns acreditam que isso se dá devido à tradução do termo deficiente em inglês, *disabled*, que deveria ser entendido como uma desabilidade social. Outros dizem que, conforme a LBI (2015), trata-se de um adoecimento psíquico, a pessoa tem uma deficiência social e tem uma maior dificuldade de inclusão no mercado de trabalho. O fato é que alguns agentes públicos entrevistados identificam a categorização como loucura como sendo paradoxal. Um dos interlocutores da pesquisa sinaliza para esse fato da seguinte forma:

[...] O esquizofrênico não é deficiente mental. Esquizofrenia é uma doença mental. Mesmo assim eu não concordo com esse termo não. Mas, tem uma diferença entre adoecimento mental ou sofrimento mental e deficiência mental. A deficiência mental está relacionada a transtornos que podem levar ao atraso intelectual, cognitivo, por exemplo. O adoecimento ou sofrimento mental tem perdas psicossociais. Perdas relacionadas ao estereótipo da loucura, por exemplo (Dados da Pesquisa, 2022).

Ainda em relação a esse enquadramento controverso, os agentes públicos explicam que o reconhecimento da pessoa em sofrimento mental como deficiente é recente, pois inicialmente, as vagas para PCD enquadravam deficiências ou dificuldades físicas, ou seja, auditiva, visual ou de mobilidade e deficiência intelectual – o retardo mental. Um deles se recorda ter preenchido formulários de encaminhamento de pacientes e, que uma das questões era a estimativa de Quociente de Inteligência – QI, ou seja, teria que haver perdas cognitivas para o enquadramento em deficiência intelectual. Isso, não era inclusivo para as pessoas com transtornos mentais, pois a inteligência é preservada na maioria delas. Explica que, “[...] logicamente, alguns podem ter deficiência intelectual, mas não é uma condição, que ao ter esquizofrenia você vai ter um prejuízo intelectual e idem transtorno bipolar”.

As justificavas encontradas para o novo enquadramento da loucura vem, segundo os interlocutores da pesquisa, com a ampliação do conceito de inserção social, funcionalidade e até do conceito de saúde como uma questão biopsicossocial. Segundo as experiências dos funcionários da linha de frente, os transtornos mentais graves trazem prejuízos sociofuncionais. Contudo, defendem que a loucura é um transtorno porque tem um conjunto de sintomas que permitem o diagnóstico, por exemplo. Mas, não é, necessariamente, uma

condição de deficiência. Então, embora reconheçam a necessidade de adequar suas práticas de trabalho à Lei, criticam o arranjo Estatal para a inclusão da pessoa em sofrimento mental no trabalho³⁴: “[...] é um termo legal, não é um termo médico, não é um termo assistencial. Então, por isso que eu falei que é uma brecha jurídica. Há críticas porque você tem que considerar uma deficiência para ser introduzido” (Dados da pesquisa, 2022).

Diante disso, percebe-se que não há unanimidade entre os interlocutores da pesquisa em considerar a utilização da legislação para pessoas com deficiência para incluir pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho. Porém, todos reconhecem que, por enquanto, não existem alternativas legais.

6.1.2 Operações cognitivas para excluir a possibilidade de ser beneficiário do projeto

Em relação aos critérios utilizados para a exclusão de usuários do SUS da participação do projeto, observou-se que são utilizados parâmetros econômicos, como possuir ou não renda. No caso do Hospital das Clínicas, a localização da residência e as condições de mobilidade do beneficiário se mostraram determinantes, pois o público atendido pelo serviço é de todo o Estado de Minas Gerais. Utilizam também da observação do quadro psíquico, ou seja, estar estabilizado ou não. Demonstra-se assim, que para incluir ou excluir os beneficiários no projeto, os trabalhadores da linha de frente realizam uma triangulação entre dados clínicos e socioeconômicos disponíveis nos prontuários, as observações diárias e as simplificações cognitivas para transformar a pessoa em sofrimento mental em um agente econômico no mercado de trabalho.

No caso dos encaminhamentos realizados pelos centros de convivência, há indícios de que a “tecnologia levíssima”, denominada assim pelos próprios funcionários, é na verdade um reflexo das intenções em selecionar àqueles que eles julgam mais vulneráveis socialmente.

6.1.3 Operações cognitivas para manutenção do beneficiário do projeto

Em relação aos esforços realizados para a manutenção das pessoas em sofrimento mental no projeto, observou-se que ações são mais subjetivas, pois envolvem a percepção de parâmetros como ganhos de autonomia, a redução do estigma e auto estigma³⁵, os quais são de difícil mensuração. Exigem, por isso, maior grau de simplificação cognitiva. Os

³⁴ Relato do (a) interlocutor (a) da pesquisa que é médico (a).

³⁵ Termo cunhado por um dos interlocutores da pesquisa. Quando questionado a respeito, disse que a pessoa em sofrimento mental de longa duração desenvolve um sentimento de baixa estima. Começa a creditar que não tem valor para a sociedade, que é o problema da família e que não tem capacidade para trabalhar. Dados da Pesquisa (2022)

trabalhadores da linha de frente partem do pressuposto que essas pessoas possuem um histórico de estigmas por se declararem psicóticas. Assim, desde o desenho do projeto, os gestores do projeto criaram critérios que reduzissem as dificuldades de inserção desses sujeitos no mercado de trabalho. Justificam tal postura por acreditarem que o projeto reduz a chance da pessoa mentir nos processos de admissão nas empresas. No projeto, segundo a coordenação, depois de admitidos no trabalho, podem se ausentar para consultas médicas ou psicológicas, sem correrem o risco, com isso, de serem demitidas. A esse respeito, um fato interessante apareceu na fase de observação participante de beneficiários do projeto no trabalho. No momento em que falava, espontaneamente, a respeito dos benefícios do projeto, um beneficiário disse que o fato de poder falar sobre o adoecimento mental ajudou outros colegas de trabalho na empresa a confessar o adoecimento. Fez questão de apresentar a colega de trabalho, que disse ter tido um quadro de depressão grave e, relatou que o fato da empresa desenvolver o projeto, contribui para um tratamento diferenciado do RH para seu problema.

Outra evidência da pesquisa, no que diz à manutenção das pessoas no projeto, foi que os trabalhadores da linha de frente, ao estabelecerem critérios de inclusão de beneficiários, obedecendo ao ordenamento jurídico brasileiro, criaram novos problemas para serem resolvidos. Um exemplo disso é a inclusão de psicóticos na vaga de PCD. Há indícios que essa manobra gera desconforto para as famílias e para os beneficiários. Os interlocutores da pesquisa relataram que “[...] as pessoas que estão no projeto as vezes são identificadas, nomeadas como PCD nas empresas. Eles se queixam muito disso, pois acreditam que estão sendo discriminados.” Para contornar o problema os agentes buscam explicar que eles não são deficientes, são trabalhadores. O mesmo ocorre para as dificuldades de serem incluídos inicialmente como aprendizes: “[...] A maioria tem mais de 30 anos e, ser nomeado assim, causa incômodo”. A coordenação do projeto relatou que no imaginário popular o aprendiz é o menor aprendiz. Porém, em termos legais, o aprendiz não tem idade máxima para ser incluído. Justifica que foi um contorno para inserir no mercado de trabalho segundo o perfil do público beneficiário:

[...] a grande parcela desse projeto são pessoas com mais de 24 anos. Muito raro. A gente teve agora um piloto com meninos de 18 anos, inclusive não foi bem sucedido. A gente viu que essa idade no sofrimento mental e que essa idade muito novinha, o trabalho não funcionou bem. Eles não deram conta (Dados da Pesquisa, 2022).

Os achados da pesquisa demonstraram também que os agentes públicos desenvolvem ações para manter as pessoas no trabalho e ampliar o projeto no intuito de acomodarem os

conflitos existentes entre o ideal da política e a realidade que precisam enfrentar. Um exemplo disso são as ações para incluir quem tem baixa escolaridade no trabalho. Recentemente, foram abertos postos de trabalho em empresas da área de telecomunicação (Telemont) para ofertar vagas para a confecção de uniformes para os funcionários da empresa, não exigindo dos beneficiários do projeto curso de qualificação e nem escolaridade mínima.

Dos esforços para a manutenção do beneficiário no trabalho, destacam-se as tentativas sucessivas de incluir o mesmo indivíduo. Tudo indica que os trabalhadores vão, através de simplificações cognitivas, realizando ajustes, apostando e tentando acertar a sintonia fina e subjetiva que envolve a inclusão de psicóticos no mercado formal de trabalho. Diante disso, percebe-se, conforme previsto por Lipsky (1980) e evidenciado por Salej *et al* (2016), que os trabalhadores de linha de frente realizam diversas simplificações cognitivas para equalizar a pressão por eficiência e eficácia dos beneficiários do projeto e por efetividade por parte das burocracias de nível de rua a que estão vinculados.

Dadas as constatações de como os trabalhadores da linha de frente estabelecem operações cognitivas para incluir, ou não, e manter as pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho, na próxima seção, apresentamos os achados da pesquisa que dizem respeito às expectativas em relação ao projeto e dificuldades de implementação da política pública.

6.2 Expectativas em relação ao projeto e dificuldades de operação da política

Um dos intuitos da entrevista realizada no período da pesquisa de campo foi captar como os agentes públicos percebem o próprio trabalho. Com isso, pretendíamos compreender, conforme apontado por Lipsky (1980), as incongruências entre o ideal (o que deseja o Estado) e o real (o que pode ser ofertado ao cidadão), na perspectiva do trabalhador da linha de frente. Para tanto, foi solicitado que apontassem pontos em que o projeto avança e, os gargalos da experiência de inclusão de psicóticos no mercado de trabalho.

As evidências da pesquisa demonstram que todos, sem exceção, avaliam o projeto como sendo uma experiência pioneira e bem sucedida. Acreditam que a forma como o projeto foi desenhado, com a divisão de trabalho entre trabalhadores de diferentes instituições públicas e a inclusão do terceiro setor e da iniciativa privada potencializa as ações no sentido da utilização do trabalho como possibilidade de reinserção social. Inclusive, um (a) dos (as) gerentes dos centros de convivência cita tentativas pregressas de inclusão pelo trabalho em empresas privadas, realizadas pelos serviços da PBH, que não foram bem sucedidas. Quando

solicitada que citasse as causas desse fracasso, mencionou o poder de sanção da coordenação do projeto e os obstáculos que representa o estigma do doido perigoso.

Das dificuldades, percebeu-se que enumeraram vários fatores que dificultam a execução do projeto. No intuito de facilitar a compreensão desses desafios, os achados foram divididos em três categorias: dificuldades com as imposições e imperfeições legais, que têm relação com o enquadramento de beneficiários como PCD e com a captação das empresas para o projeto; desafios para o encaminhamento e manutenção no trabalho dos beneficiários e, fatores transversais, que inclui outros elementos que influenciam e/ou tangenciam a operação do projeto.

6.2.1 Dificuldades com imposições e imperfeições legais

Os achados da pesquisa demonstraram as dificuldades dos agentes públicos com os enquadramentos dos diagnósticos previstos no projeto devido à incongruência entre termos jurídicos e médicos. A esse respeito, um dos agentes relata o caso de beneficiário com transtorno afetivo bipolar que, tendo concluído a fase de formação, pretendia trabalhar em outra empresa não pertencente ao projeto, visando ocupar uma vaga de PCD:

[...] Ela estava com um relatório de que ela tem transtorno bipolar, o uso da medicação dela e, que atualmente, ela estava estável. A medicina do trabalho da empresa quis falar: então ela não precisa estar aqui. Se ela está estável, não está com sintoma. A pessoa com transtorno bipolar tem os episódios de humor, manias ou depressão, mas, entre eles, ela pode não ter episódios de humor. Ela pode sim estar estável. Então, entender isso em um contexto de deficiência? Isso não é bem uma deficiência. O transtorno bipolar tem suas dificuldades, os episódios de humor. Essas dificuldades ficam mais evidentes quando ela está deprimida ou quando ela está em mania, tem o estigma de passar por isso (Dados da Pesquisa, 2022).

Diante disso, percebe-se que o labor dos trabalhadores da linha de frente é impactado por diferentes interpretações da Lei. Uma explicação para isso pode ser a dificuldade gerada pelo fato da loucura ou, como previsto em lei, um transtorno mental, ser uma condição de saúde. Dito de outra forma, não é porque a pessoa está estabilizada, sem episódios de humor no momento, que ela não sofre com a patologia. O agente público terá que mediar situações para que os direitos do cidadão sejam reconhecidos. Contudo, nem sempre ele terá êxito. Um exemplo disso é a incongruência da compreensão em relação ao enquadramento da loucura como deficiência entre diferentes esferas de governo. A esse respeito, um dos entrevistados relatou que, se por um lado a pessoa ocupa uma vaga no trabalho de PCD, não sendo deficiente mental, por outro, ele não consegue o passe livre no transporte coletivo de Belo Horizonte – MG, por exemplo, porque não se enquadram nessa categoria para o município:

[...] passe livre, por exemplo, passe livre ainda está nessa lógica: deficiência física ou mental. E aí, os pacientes às vezes tem dificuldade de mobilidade, só que eles não têm deficiência mental. E aí na hora de fazer o relatório a gente explica para ele. Olha você não se enquadra. Você não tem uma deficiência mental. Você tem um transtorno psiquiátrico. A gente pode fazer o relatório aqui explicando para você. Mas, não conseguem (Dados da Pesquisa, 2022).

Das dificuldades para gerar postos de trabalho para pessoas em sofrimento mental, os interlocutores da pesquisa enfatizaram a ausência de uma legislação específica. Tudo indica, conforme detalharemos no capítulo 7, que a ausência de contornos claros em relação ao trabalho da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, conforme Bevervanço (2019), cria dificuldades para implementação das ações. E, mesmo na política para pessoas com deficiência, não há imposição do tipo de deficiência que a empresa irá contratar. Então, a empresa para minimizar os esforços e adequações que teria que fazer para contratar um trabalhador com sofrimento mental (deficiente mental), opta por outras deficiências. A respeito desses desafios, um dos interlocutores da pesquisa diz o seguinte:

[...] a empresa não quer participar do projeto, eu tenho um monte de empresa que acho que poderia participar, mas que realmente se recusa. Fala: não. Não é o momento, eu prefiro contratar outras deficiências, eu não tenho como obrigar. Porque não existe uma cota específica para um tipo de deficiência no Brasil. [...] Tanto faz eu contratar uma pessoa sem três pontas de dedos, como eu contratar um esquizofrênico, vai contar um para o cumprimento da cota. Então, óbvio que as empresas todas optam pelas três pontinhas de dedo, né? Aquela pessoa que não enxerga de um olho, que não faz a menor diferença em termos de limitação laboral, tem pouquíssima limitação laboral (Dados da Pesquisa, 2022).

6.2.2 Desafios para o encaminhamento e manutenção no trabalho dos beneficiários

Em relação aos problemas enfrentados pelos trabalhadores na linha de frente para encaminhar os beneficiários ao trabalho, observa-se que existem aqueles que têm relação com a precariedade das condições de vida do sujeito, como não possuir documentos, por exemplo. Para contornar isso, os agentes públicos desenvolvem rotinas de trabalho, conforme demonstrado no capítulo 5. Porém, as evidências da pesquisa demonstraram que há um campo de forças que gravita em torno da indicação de um possível beneficiário do projeto. Um exemplo disso são as pressões da família para que sujeito se aposente, mesmo que ele tenha demonstrado o desejo de trabalhar e os agentes públicos dos serviços avaliem que ele tem potencialidades para ser incluído no trabalho formal e, em termos terapêuticos, isso fosse gerar melhores resultados:

[...] Às vezes, a própria pessoa quer trabalhar e a família quer que ela se aposente. A família acha que ela não dá conta de trabalhar, fica insegura e acha que a solução está na aposentadoria. [...] Eu tenho dois casos que me chamam muito atenção porque pioraram depois da aposentadoria. Eles eram muito mais participativos,

frequentes, compromissados, né? E, que depois que aposentaram, deram uma piorada grande mesmo, assim, sabe? De não vir mais, de uma desmotivação, de ficar mais entristecido, mais depressivo, né? (Dados da Pesquisa, 2022).

Dos desafios enfrentados pelos agentes públicos na implementação do projeto, há indícios que, o principal, é a manutenção dos beneficiários no trabalho. Os motivos que envolvem o rompimento do beneficiário com o projeto são diversos: conseguiu se aposentar ou passa a receber o BPC; desestabilização ainda no curso de aprendizagem; saiu para cuidar dos sobrinhos ou outras demandas familiares; violência contra a mulher no próprio domicílio; a volta ao uso abusivo de álcool e outras drogas; ansiedade em relação ao processo de volta ao trabalho; pensamentos persecutórios em relação a chefes e colegas de trabalho; oportunidades julgadas melhores no mercado de trabalho; agravamento do quadro clínico e o envelhecimento.

Os beneficiários podem ser desvinculados pela empresa. Mas, segundo os entrevistados, isso ocorre raramente. A existência de outras comorbidades, como por exemplo, a perda de memória recente, pode explicar essas demissões. A desestabilização psíquica já está prevista, pode acontecer. Se ele foi encaminhado ao projeto pelos gerentes dos centros de convivência ou pela equipe dos ambulatórios de psiquiatria do HC, é porque já aconteceu antes. Mas, não é uma regra. Podem ocorrer também problemas nas relações de trabalho. Nesse caso, os trabalhadores da linha de frente intervêm para negociar com as empresas um pequeno afastamento para amenizar a questão. Mas, a pessoa pode se negar afastar-se do trabalho. A esse respeito um dos interlocutores relata:

[...] Ela atuando muito, assim. A supervisora era evangélica e ela com um discurso de matriz africana. Então, a coisa foi ficando meio impossível assim. E a orientação era afastá-la e ela não topou. Enfim, demitiram. Não dá, não ficou (Dados da Pesquisa, 2022).

Em relação às demissões, as evidências da pesquisa demonstraram também que a mediação da coordenação do Ministério do Trabalho, que junto com as gerentes dos centros de convivência ou a equipe do Hospital das Clínicas avaliam a pertinência ou não, da demissão. Porém, nem sempre esses contornos são possíveis. Há relatos de agentes públicos que foram comunicados das ausências ao trabalho, por exemplo, e fizeram o que eles denominam de enlaçar, ou seja, ações para o beneficiário voltar ao tratamento e a negociação para um breve afastamento por motivo de doença até estabilizar psicologicamente. No entanto, se essa comunicação com a empresa falha, ocorre a demissão por abandono do emprego.

Outra dificuldade para manter o beneficiário no trabalho, evidenciada pela pesquisa, foi a alta rotatividade dos trabalhadores nas empresas, em especial, nos supermercados. Essa

constatação é importante porque os supermercados são empregadores dentro do projeto e, em decorrência da Lei de Cotas, necessitam reservar o maior número de postos de trabalho para deficientes. A esse respeito, os interlocutores da pesquisa relataram que a inclusão pelo trabalho nos supermercados exige grande mobilização para a sensibilização dos RHs das empresas em relação à loucura e aos beneficiários do projeto. Por isso, os agentes públicos fazem, constantemente, o trabalho de sensibilização e conscientização. Ainda assim, relatam casos de preconceitos sofridos pelos beneficiários no trabalho. Isso porque, conforme Carreiro e Barros (2014), trabalhar não está dissociado de conflitos, de rompimentos daqueles que sonhavam com o trabalho formal, de pensamentos que teimavam em se desorganizar, do adoecimento. Porém, para estes males, as abordagens psicossociológicas nos advertem que é preciso apostar que:

[...] todo trabalho só pode ser efetivado se os que dele participam forem vistos como sujeitos ativos, capazes de produzir sentidos e ações para as situações nas quais estão envolvidos. Tais ideias não representam uma visão simplista e fácil das situações e dos objetos de trabalho, pelo contrário, significa entender que a complexidade não minimiza os conflitos, as contradições, as violências, mas também não deprecia a potência de vida (Spinoza, 1983; *apud*. Carreiro e Barros, 2014).

Os resultados da pesquisa demonstraram também que são necessárias movimentações dos agentes públicos no sentido de garantir que os beneficiários do projeto irão exercer a atividade laboral para a qual foram contratados. Um dos interlocutores da pesquisa relatou que “[...] às vezes a pessoa está em uma função, mas, querem que faça outra. Quando a gente identifica, a gente dá o retorno. Olha, o sujeito está carregando cesta básica de um andar para o outro e ele é repositor, não é carregador”. A pesquisa evidenciou também que os agentes públicos sofrem críticas em relação aos baixos salários recebidos pelos beneficiários nas funções que exercem. Essas constatações têm relação com o surgimento, nos anos 1990, das políticas neoliberais de reestruturação produtiva que impactaram de forma contundente a classe trabalhadora.

Por fim, uma dificuldade relatada que pode impactar nos encaminhamentos dos beneficiários e monitoramento do projeto é o número de agentes envolvidos, em especial, os dos centros de convivência, que são os que estão desde a fase de implementação (2014) e, ao mesmo tempo, os que mais encaminham beneficiários (cerca de 300). As evidências da pesquisa demonstraram que a escassez de recursos humanos nesses serviços do SUS faz com que os trabalhadores da linha de frente desenvolvam simplificações cognitivas que impactam diretamente a possibilidade de ampliação do número de beneficiários do projeto. Acreditam

que, para contornar as dificuldades impostas por um projeto em ampliação, em detrimento a uma equipe reduzida de técnicos para acompanhar a experiência, precisam ir mais devagar com os encaminhamentos: “[...] Para a gente ter mais cuidado no encaminhamento, inclusive porque, se começa a fazer encaminhamentos aleatórios também, a gente coloca a perder, a gente não tem controle, a gente não consegue acompanhar, né?”.

Há indícios que os trabalhadores estão apontando para a necessidade do apoio matricial em saúde, ou seja,

[...] na proposta de Apoio Matricial existem, necessariamente, duas equipes – uma de referência e outra de apoiadores – que devem compartilhar experiências, saberes e poderes para a tomada de decisões, igualmente, de modo integrado. A equipe de referência é responsável pela condução do caso, com vistas à ampliação das possibilidades de vínculo favorável no tratamento e avanço da intervenção junto ao caso em discussão. O apoiador matricial, por sua vez, é um especialista que pode agregar um conhecimento, contribuindo para a intervenção pensada na resolução de determinado problema (Iglesias; Avellar, 2014, p.3793).

Assim, no caso da pesquisa, percebe-se, conforme previsto por Lipsky (1980), que os agentes públicos realizam o controle social, ou seja, definem quantos psicóticos serão encaminhados para o mercado de trabalho.

Dados esses aspectos, apresenta-se a seguir o que denominamos de fatores transversais que impactam o projeto. Isso, para entender os limites das simplificações cognitivas realizadas para reduzir a distância entre o ideal e o real.

6.2.3 Fatores transversais

Os resultados da pesquisa evidenciaram que alguns fatores atravessam o trabalho dos agentes públicos envolvidos com o projeto, hora alterando o controle dos resultados, hora deixando-o impotente diante da situação. Um exemplo disso é o relato de um dos interlocutores da pesquisa sobre as pressões exercidas pela pobreza na vida dos beneficiários: “[...] Às vezes uma dívida da família pode levar o sujeito ver na demissão uma saída no curto prazo.” A gerente media a situação para ajudar pensar em alternativas para as dificuldades do momento, mas nem sempre tem sucesso. Outro exemplo é o relato de problemas no passado com a justiça. O usuário selecionado, se não relatar o problema nos centros de convivência, é encaminhado para a vaga, mas pode ser excluído devido a processos judiciais em andamento. A empresa exige o atestado de bons antecedentes e, nesse caso, as gerentes não têm controle de todo o processo. Percebe-se, com isso, que o agente público fica impotente, perde o controle. Mas, se houver desestabilização psíquica com a frustração de uma recusa da empresa

ou com o arrependimento por deixado o trabalho, o possível beneficiário volta ao serviço para exercer a pressão por eficiência e eficácia da política, começa a repetir que deseja trabalhar.

Uma evidência interessante da pesquisa foi que os agentes públicos apontaram para marcadores sociais como gênero, classe, raça, idade como fatores que dificultam a inclusão de psicóticos no mercado de trabalho. Aparecem nos relatos dos interlocutores da pesquisa: a violência contra a mulher; as questões da pobreza; os laços familiares esgaçados; a intolerância religiosa; o estigma da loucura e as dificuldades com a baixa escolaridade etc. Essa constatação pode ser reforçada com o relato de uma das beneficiárias do projeto. Embora não estivesse previsto a entrevista aos beneficiários, durante a pesquisa de campo, enquanto entrevistava um dos gerentes do centro de convivência, uma das usuárias do serviço de saúde mental, depois de um dia de trabalho como repositora, chegou. O gerente a recebeu e explicou os motivos que me levaram até lá. Ela quis contar um pouco da rotina do trabalho e eu a escutei. Seu relato demonstra que, por ser mulher, pobre, possuir baixo nível de escolaridade, acrescido ao fato do sofrimento mental, as experiências de trabalho anteriores eram muito precárias do ponto de vista dos direitos trabalhistas:

[...] o melhor serviço que eu arrumei até hoje na minha vida. Eu trabalhava em casa de família. Nas casas de família, as mulheres exploram da gente e lá não. Lá tem horário de pegar, largar. Igual eu não trabalho nem sábado, nem domingo e nem feriado. É bom, um serviço leve. Igual, meu setor é o setor dos frios. Eu mexo mais com mussarela, queijo, manteiga, leite. E também eu faço controle de temperatura (Dados da Pesquisa, 2022).

Acrescenta-se ao relato a constatação dos interlocutores da pesquisa de que o projeto é mais bem sucedido na inclusão de pessoas com baixa escolaridade. Apesar dos critérios do projeto priorizarem bipolares e esquizofrênicos, sendo esses últimos compreendidos como de maior vulnerabilidade social devido à idade que são acometidos pela doença, acreditam que os marcadores como escolaridade, gênero e raça potencializam as dificuldades de inserção no mercado de trabalho desses sujeitos. Isso porque, “[...] nem toda esquizofrenia é igual. Não é o mesmo efeito incapacitante”. Assim, não existem motivos clínicos para serem tratados como incapazes ou serem excluídos. Por isso, tudo indica que, além da loucura, tem um problema que é mais incapacitante, a pobreza.

Dadas essas constatações, na próxima seção, buscamos compreender os vínculos entre os trabalhadores e o movimento social da luta antimanicomial e, como esse *ethos* molda o comportamento dos trabalhadores da linha de frente, influenciando os resultados do projeto.

Defende-se que isso se dará através da definição e criação da clientela e no monitoramento e expansão do projeto de inclusão.

6.3 A Influência do *Ethos* do Movimento da Luta Antimanicomial

Na década de 1970 surgiu, no Brasil, segundo Espirito Santo *et.al* (2016, p.454), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que naquele momento, articulado ao Movimento da Reforma Sanitária e entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, “[...] materializou graves denúncias contra o sistema nacional de assistência psiquiátrica, acusações que foram acompanhadas de mobilizações por projetos alternativos ao modelo asilar dominante e a efetivação de um pensamento crítico sobre práticas psiquiátricas.” Esse movimento daria origem ao movimento da luta antimanicomial, que, segundo Delgado (2011, p.472), nos anos 2000, seria o movimento fundante da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo seus fundamentos o humanismo, a ciência, a técnica, a comunidade, o afeto e a história.

O movimento social da luta antimanicomial³⁶ e as mudanças em termos do cuidado em saúde mental que viriam depois da Lei 10.216 /2001 foram determinantes para a mudança do modelo de tratamento em saúde mental: do modelo hospitalocêntrico para um modelo de cuidado comunitário e territorializado. Inclusive, o modelo de cuidados em saúde mental de Belo Horizonte - MG é baseado nessa concepção, ou seja, os centros de convivência são serviços substitutivos ao manicômio articulado em rede a outros serviços no território, RAPS. Sendo assim, a seguir, busca-se compreender como os movimentos sociais influenciam o trabalho dos agentes públicos envolvidos na operação da política.

6.3.1 O movimento social como norte

A importância do movimento social para os profissionais de saúde mental ficou demonstrada nos achados da pesquisa. Tanto é assim que todos os entrevistados se nomeiam atuantes ou simpatizantes do movimento social da luta antimanicomial, dizendo, em trechos das entrevistas, o *slogan* do movimento – “por uma sociedade sem manicômios”. É

³⁶ O movimento nacional da luta antimanicomial teve início no Brasil em meados dos anos 1970, com a articulação de distintas associações profissionais e de usuários e familiares de usuários de serviços públicos de saúde mental. Sua formalização por meio de uma plataforma clara com movimento de abrangência nacional de luta contra a hospitalização manicomial deu-se a partir de 1977 (Lüchmann; Rodrigues, 2007). Em linhas gerais, pode-se dizer que o movimento antimanicomial busca construir uma terapêutica da loucura pautada na desinstitucionalização, abordando o indivíduo nas práticas manicomiais em liberdade e buscando privilegiar a sua autonomia (Guedes et al., 2010). Uma das formas de reinserção social é a da inclusão do portador de sofrimento mental no mundo do trabalho.

importante ressaltar que, embora a trabalhadora do Ministério do Trabalho se autodeclare simpatizante do movimento da luta antimanicomial, seu principal ativismo é na defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Isso fica demonstrado da seguinte forma:

[...] uma pessoa militante da causa das pessoas com deficiência, né? [...] a Lei brasileira de Inclusão, por exemplo, eu fiz parte do grupo que ajudou a escrever a Lei brasileira de Inclusão – O Estatuto da Pessoa com Deficiência. Isso foi uma consequência do meu trabalho. [...] Apoio o movimento da luta antimanicomial. Mas, não posso me dizer que eu sou uma pessoa militante. Eu acho que esse projeto, de certa forma, ele é uma contribuição pra luta antimanicomial porque ele mostra que essas pessoas podem estar dentro da sociedade, inclusive dentro do trabalho. (Dados da Pesquisa, 2022).

A coordenação do projeto relatou que atua nas causas por pessoas com deficiência desde 2001, como por exemplo, nas discussões da Lei brasileira de Inclusão e do Estatuto da pessoa com deficiência. Disse também ter sido convidada pelo Conselho Nacional das Pessoas com Deficiência - CONADE para participar do grupo interministerial para discutir a formulação de instrumento de avaliação das deficiências. Contudo, por insatisfação com o posicionamento do Governo Federal (2019 – 2022) em relação aos direitos das pessoas com deficiência, se retirou da discussão juntamente com o Conselho. Aliado a isso, disse sentir que sua capacidade de militância é limitada “[...] porque as decisões ficam com as esferas superiores do executivo federal”. Acrescenta que, nos Governos do PT a auditoria fiscal do Ministério do Trabalho tinha uma presença maior nas decisões em relação à inclusão pelo trabalho de PCDs. Mas, “[...] hoje, no governo atual, não, né? Apesar da nossa experiência de ponta, a gente não é convocado. A gente é convocado por outros ministérios, mas não pelo nosso” (Dados da Pesquisa, 2022).

Em relação ao operador do projeto no Hospital das Clínicas, as evidências da pesquisa demonstraram uma simpatia por causas que tangenciam os princípios da Luta Antimanicomial. Porém, há uma preocupação com conflitos de interpretação da estruturação do serviço da instituição por militantes do movimento social:

[...] há uma preocupação de não confundir a reforma psiquiátrica com a anti psiquiatria. Isso são coisas muito diferentes, mas se assemelham na cabeça de muitas pessoas de forma real ou imaginária. Então, por exemplo, né? Como são estruturados os ambulatórios do HC por subespecialidades, vamos dizer assim, bipolar, esquizofrenia, não é a lógica da rede atenção psicossocial do município. Essa lógica ela tida como, as pessoas mais militantes da reforma psiquiátrica, como um modelo hospitalocêntrico, centrado muito em doença e menos em individualidade, características individuais das pessoas. Então, um modelo muito hospitalocêntrico centrado no cuidado médico exclusivamente. E, aqui no HC, em boa parte é feito dessa forma. Então, tem certo tensionamento em relação a esse aspecto. Mas, nos ambulatórios que eu estou, por exemplo, a gente dialoga com a REDE, encaminha paciente para o CERSAM, para centro de convivência, para a psicoterapia nos centros de saúde. A lógica de funcionamento do HC é ambulatorial, com consultas eletivas (Dados da Pesquisa, 2022).

Há indícios que, para os trabalhadores da linha de frente nos centros de convivência, a influência do movimento é maior. Durante as entrevistas, citaram, inclusive, organizações em que militam ou apoiam, que estão vinculadas ao movimento social: o Fórum Mineiro de Saúde Mental; o Movimento de Trabalhadores da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte; a Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos e a RENILA – Rede Inter núcleos da Luta Antimanicomial e a Associação dos usuários – ASSUSAM.

Em relação às estratégias de cuidado em saúde mental, o projeto que desenvolvem e as influências do movimento social, percebeu-se que os trabalhadores defendem a importância de tais experiências a partir de relatos que estão permeados por princípios do movimento, como, por exemplo, a defesa de uma vida em liberdade, fora dos manicômios:

[...] Quem acha que é só manicômio, vai achar que já é suficiente ficar ali, né? Entre quatro paredes, sem construir nenhuma história, repetindo as mesmas respostas, cronificado, né? Cronificado, adoecido, sem nenhuma oportunidade, sem nenhuma saída, né? [...] Manicômio é estagnação. Esse projeto quanto os outros, é movimentação, é vida. Tem que ir para ter outra história para contar daqui a alguns anos. Imagine uma pessoa que vai ficar confinada em uma instituição, ela vai falar do que? Ah! O almoço ontem estava ruim, o feijão estava salgado. Só fica nisso? Nó, porque eu fui dormir, o colchão... Só fica nisso? A vida é só isso? Comer e dormir, Liliam? O que mais? Viu quem? Descobriu o que? Aprendeu como? Me fala que fulano você conheceu?
- Ah! Mas foi um negócio tão interessante.
Ter outras histórias para contar e não só a mesmice institucional (Dados da Pesquisa, 2022).

Diante disso, no que diz respeito à influência do movimento social no trabalho dos SLBs, as evidências da pesquisa demonstram que uma das simplificações cognitivas que os trabalhadores utilizam no desenvolvimento do projeto é ditada pelos movimentos da luta antimanicomial. No entanto, se por um lado os princípios do movimento social norteiam as ações, do outro, as evidências da pesquisa demonstraram tensionamentos. É o que se apresenta a seguir.

63.2 Os tensionamentos entre o movimento social e os critérios de inclusão no trabalho

Os resultados da pesquisa demonstraram que, quanto maior o vínculo com o movimento antimanicomial, relatado pelo agente público, maior a dificuldade com a questão da inclusão da pessoa em sofrimento mental em uma vaga para deficiente mental ou deficiente psicossocial:

[...] não é um deficiente mental, é um deficiente psicossocial. Uma deficiência psicossocial. Isso é uma convenção internacional. Que eu vejo como, sabe uma política de reparação, uma política, eu esqueci agora a palavra. É como a política de inclusão das cotas, as cotas raciais, as cotas nas universidades. Acho que é uma política que vai criar oportunidades para as pessoas que têm mais barreiras para sua

inserção social. [...] Então, eu acho muito interessante esse projeto. Essa nomeação, eu geralmente tenho que explicar para os usuários, né? Eu falo: oh! Essa é uma questão de legislação e não quer dizer... A deficiência é uma palavra que está na legislação, é uma questão burocrática. Mas, não quer dizer que você é deficiente ou incapaz. Mas que, o fato de ter um diagnóstico de esquizofrenia ou de transtorno afetivo bipolar, é algo que traz dificuldades na vida (Dados da Pesquisa, 2022).

Apesar de apontarem para as dificuldades com os termos legais, avaliam como positivas a interseção entre políticas públicas e a inclusão de outros atores sociais como as empresas e as instituições formadoras, para possibilitar a inclusão da pessoa em sofrimento mental no mercado formal de trabalho. Um dos interlocutores da pesquisa defende o projeto atua no sentido de garantir o direito a cidadania da pessoa com transtorno mental:

[...] essa política pública, que é do trabalho, é um direito. Porque de fato, a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar são condições permanentes, condições de saúde que vão acompanhar o usuário por toda a vida, coloca uma série de dificuldades na vida cotidiana. [...]. Então, eu acho que é um ganho, sabe? A gente ter um diálogo entre as políticas. Eu penso muito mais nisso, eu não acho que a saúde tem que dar conta de tudo, a saúde mental não tem que dar conta de tudo. Acho que a gente tem que encontrar nas outras políticas públicas, articulações, pontos onde a gente pode fazer conversas, né? E, favorecer esses objetivos que são da inclusão dessas pessoas, da cidadania, da inclusão no trabalho (Dados da Pesquisa, 2022).

Os resultados da pesquisa demonstraram que todos os interlocutores concordam que o projeto não pode incluir todos os pacientes esquizofrênicos e com transtorno afetivo bipolar sem distinção. Conforme dito anteriormente, ser beneficiário, ou não, depende, além da avaliação dos profissionais da saúde, dos efeitos negativos das patologias. Uma constatação interessante é que todos também concordam que o trabalho nem sempre é a forma de inserção mais adequada e pode, inclusive, ser causa de adoecimento. Nesse ponto, percebeu-se também que os valores do movimento social causam um paradoxo, ou seja, se o trabalho no mercado formal homogeneiza, como cuidar pensando no respeito às singularidades? A esse respeito um dos agentes públicos disse o seguinte:

[...] Tendo em vista a singularidade como princípio, a gente tem que pensar o trabalho dentro de um contexto. Porque o trabalho pode ser, inclusive, adoecedor para o sujeito, né? Não só o trabalho formal, o trabalho pode ser adoecedor para o sujeito. E aí como eu vou dizer que o trabalho é importante para alguém que adocece trabalhando, né? E que saída que nós vamos dar para esse sujeito? Afinal de contas, nós estamos em um país capitalista. Ele vai ficar sempre na assistência? Não, não é isso que eu estou dizendo, né? Eu estou dizendo que nós vamos ter que inventar formas para esses sujeitos que não cabem no mundo. Porque quando a gente pensa em trabalho, a instituição trabalho, assim como a instituição família, assim como a instituição igreja, são instituições que encaixotam as pessoas. A gente tem regras, a gente tem normas. Eu não posso trabalhar do jeito que eu quiser, eu não posso vir vestida do jeito que eu quiser e, não podemos mesmo, a gente sabe disso. Se a gente faz isso, a gente tem uma série de perdas sociais que dificultam nosso próprio trabalho. As pessoas não podem ser convidadas a sair, elas foram durante séculos

trancadas nos manicômios, ou seja, convidadas a se retirar da sociedade. Foram o tempo todo convidadas a se retirar. Pra gente isso não cabe. Elas não são convidadas a se retirar. A gente que vai se adequar, todos, se adaptar, se remodelar, repensar, para fazer caber as diferenças. No final das contas, é isso. A gente tem que fazer caber as diferenças. Não só nos discursos, mas na prática de cada um (Dados da Pesquisa, 2022).

Essas reflexões parecem indicar uma preocupação com a exclusão do louco dos domínios do trabalho como atividade humana, conforme Foucault (1961) e com as experiências vividas por eles nos manicômios. Esses últimos, entendidos, conforme Goffman (2010, p.11), como uma instituição total. Parecem apontar também para os mesmos resultados encontrados em Wells (2016), que ao estudar a implementação da política de saúde mental na Inglaterra por burocratas de nível de rua, demonstra que o sentimento de pertencimento a um coletivo pode contribuir para a superação do excesso de responsabilização pelo sucesso da política atribuída ao indivíduo. O argumento central do autor é que, esses agentes públicos, na operação da política, sofrem pressão para equilibrar a tensão entre os seguintes elementos: os imperativos políticos, a agenda da gestão local, a cultura profissional e de pares em que os profissionais operam e o equilíbrio da vantagem pessoal percebida.

Os resultados da pesquisa indicam que existem evidências de uma lógica valorativa influenciando o trabalho dos agentes públicos que atuam na implementação da política para pessoas em sofrimento mental. Na mesma direção que os resultados encontrados por Salej *et. al* (2016) para o programa estrutural em áreas de risco – PEAR, em Belo Horizonte:

[...] Los funcionarios del PEAR despliegan un comportamiento racional, que permite ajustar las demandas a los recursos disponibles; sin embargo, sus comportamientos y elaboraciones cognitivas revelan la importancia de una lógica racional valorativa. En este punto, emerge la pluralidad de las formas de acción social tipificadas por Weber. A pesar de que analistas como Elster (1990, *apud*. Swedberg) no consideran la lógica de Wertrationalen Handeln (acción racional con arreglo a valores), reconocen las evidencias que demuestran la existencia de los intereses y los valores como hechos sociales. La matriz analítica de Lipsky no considera de qué forma la naturaleza intrínseca del servicio público y de los contextos comunitarios de interacción imponen dilemas morales que conducen a prácticas de no racionamiento del servicio (Salej *et. al*, 2016, p.134).

Assim, no caso estudado, há indícios que o *ethos* do movimento social norteia as ações de operação da política, impondo, às vezes, dilemas morais que podem influenciar as ações para incluir psicóticos no mundo do trabalho. Acredita-se também que esses princípios podem influenciar na efetividade do projeto. Porém, a esse respeito, os achados da pesquisa não se mostraram conclusivos.

Por fim, a pesquisa evidenciou que a operação do projeto gera impactos não controlados pelos agentes públicos. Embora argumentem que a inserção nesses moldes é de trabalho protegido, percebeu-se ser essa uma simplificação cognitiva paradoxal. O

beneficiário do projeto não têm todos os direitos garantidos da condição de trabalhador, ou seja, como a maioria recebe menos de um salário mínimo, devido à carga horária reduzida, a partir de 2019, com alterações na legislação trabalhistas, os adoecimentos e licenças ao trabalho superiores a 15 dias não serão remunerados. Diante da importância desse achado, no capítulo 7, será realizado o seu detalhamento.

7 A ZONA CINZENTA E O PROJETO DE INCLUSÃO NO MERCADO DE TRABALHO DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL

O projeto de inclusão de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho desenvolvido em Belo Horizonte - MG está na interseção de duas políticas públicas que instituíram a reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental: Política Nacional de Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas e a Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência, conforme demonstrado no capítulo 2. Surgiu, portanto, do “[...] conjunto de decisões tomadas pelas instituições de Estado em busca da solução de um problema ou da promoção de um objetivo comum desejado pela sociedade” Jannuzzi (2016, p.14). É uma política social, pois, conforme Menicucci e Gomes (2018) é uma resposta valorativa do Estado às prioridades sociais em áreas específicas ou setoriais.

Tudo indica que a política brasileira de saúde mental e a destinada a pessoas com deficiência sofreram influências indiretas da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), da promulgação do texto constitucional brasileiro de 1988 e das ações estatais na área da saúde, na década de 1990. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS, por exemplo, norteia a política de saúde mental através de seus princípios: universalidade, equanimidade, descentralização dos serviços, integralidade dos serviços e de dispositivos para o paciente e o controle social.

Das ações previstas pela Política Nacional de Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas, também denominada Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacamos aquelas destinadas à inserção psicossocial pelo trabalho, que não é um tema recente, atravessando diferentes cenários de assistência às pessoas em sofrimento mental. Nas Colônias Agrícolas de São Bento e Conde Mesquita, no Rio de Janeiro, no século XIX, por exemplo, o trabalho tinha como objetivos reduzir os custos da assistência e disciplinar os internos para torná-los mais calmos, obedientes, úteis e produtivos. Em Santos (SP), já no século XX, segundo Pacheco (2013, p. 22), “[...] os ‘laborterápicos’ eram uma mão de obra barata para o hospital. Alguns chegavam a trabalhar mais de dez horas por dia em serviços como limpeza, cozinha e vigilância; em troca, não recebiam salários, mas vantagens e privilégios”. Outras vezes, a tarefa era “manter a ordem” e, por vezes, o trabalho era ajudar na decisão de qual paciente deveria ser castigado em celas-fortes ou com eletrochoque.

Segundo Alves (2016)³⁷, a condição de inclusão social pelo trabalho às pessoas com transtornos mentais tem um primeiro marco regulatório na Lei nº 9.867 - 1999, que define o funcionamento das cooperativas sociais como modalidade de trabalho dos que estão em situação de desvantagem social, caracterizando-o como um trabalho assistido em que a autonomia do trabalhador é mediada pela assistência que lhe é oferecida pelo Estado, conforme apresentado no capítulo 3. Já nos primeiros anos da década de 2000, a Lei 10.216/2001 prevê no artigo único do inciso II, os direitos às pessoas em sofrimento mental de serem “[...] tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. Conforme se observa o desenho da política é muito abrangente, com forte vínculo com a economia solidária e não prevendo experiências no mercado formal de trabalho. Apesar disso, foram realizadas no Brasil ações importantes no sentido de criar projetos de incentivos ao trabalho associativo baseados nos valores do cooperativismo social e economia solidária para pessoas em sofrimento mental, contudo, essas experiências não serão detalhadas aqui³⁸.

O problema da política pública em saúde mental no Brasil, no que diz respeito à inserção social pelo trabalho, de acordo com Bevervanço (2019), é que a Lei da reforma psiquiátrica não conceitua quem são as pessoas em transtorno mental. Isso quer dizer que, a legislação assegura direitos, mas não há uma gradação entre a gravidade ou o tempo de evolução do transtorno. Essa constatação impacta diretamente na forma como os agentes públicos vão incluir as pessoas em sofrimento mental no trabalho, porque vão precisar criar estratégias para contornar essas dificuldades. Esses contornos, segundo Lipsky (1980, p.17), apontam para um paradoxo, ou seja, “[...] por um lado o trabalho é, muitas vezes, altamente pré-determinado, de forma a gerar resultados que têm sua origem no processo político. Por outro lado, o trabalho requer improvisação e capacidade de resposta para cada caso individualmente”. Para o autor, esses trabalhadores da linha de frente estão constantemente em um cabo de guerra, pois necessitam atender às demandas dos destinatários dos serviços, que esperam maior efetividade e responsividade e, ao mesmo tempo, precisam atender às demandas dos cidadãos, que querem mais eficácia e eficiência dos serviços públicos.

³⁷Em 2005, de acordo com Alves (2016, p.52), a Portaria Interministerial nº 353, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego instituem o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, o qual apresentou, em março de 2006, um relatório final, que continha um conjunto de propostas e recomendações para a inserção laboral de pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

³⁸ Ver mais detalhes em: (Andrade, 2014).

No caso do projeto de inclusão desenvolvido em Belo Horizonte – MG percebe-se que o auditor fiscal do Ministério do Trabalho, além de ser o idealizador do projeto, exerce seu poder discricionário em vários âmbitos da operação do projeto, ou seja, capta as vagas de trabalho em sua rotina de auditor fiscal junto a empresas, mobiliza instituições parceiras para a formação profissional e monitora as ações das empresas, buscando atender às demandas diárias dos beneficiários. Contudo, as evidências da pesquisa demonstraram que o controle exercido por esse agente público encontra limites na legislação trabalhista. Isso fica evidente quando alguns entrevistados falam da frustração com a condição dos beneficiários do projeto que adoecem por um período superior a 15 dias e ficam sem receber o salário. É o que se detalha, em seguida.

7.1 A ausência do Estado brasileiro e os resultados inesperados

Em uma das entrevistas, o agente público relata que ocorreu um problema com um beneficiário do projeto, em 2020, que estava em licença por doença em um período superior a 15 dias. Disse que a princípio não entenderam o que estava acontecendo e acessaram, por um antigo servidor do centro de convivência, o INSS. Narra o problema da seguinte forma:

[...] acho que foi até aqui que aconteceu que um usuário ficou muito mal, logo no início da pandemia, foi para o INSS e, o INSS não reconhecia, visivelmente, uma pessoa completamente desestabilizada. E, a gente, não conseguia saber por que o INSS não o afastou. Não garantiu o direito dele de estar afastado. Ele ficou meses sem receber, né? Sem receber, sem ter essa garantia do INSS. Ele estava mal, a gente custou para que ele retomasse, assim, a possibilidade de voltar para o trabalho. E nessa coisa, a gente foi pesquisando. Mas, por quê? A própria... [...] que é essa monitora, que eu falei que era assistente social. Já não estava aqui, mas eu acionei. Ela conseguiu uma pessoa de dentro do INSS para saber, que motivo era esse, que esse usuário não recebia se, visivelmente ele estava em surto e não tinha a menor condição de voltar ao trabalho. E aí a gente foi esbarrando nisso, até que a gente entendeu que era uma coisa dessa nova legislação. E aí o ministério do trabalho entrou, fez toda uma pesquisa e hoje a gente tem, tipo isso. Essa legislação ela traz essa questão. Se não tiver alíquota sobre o salário mínimo, essas pessoas não têm o direito reconhecido. Então, está sendo pensado isso. Como é que eles vão pagar? Se ele tivesse pagado, se a gente tivesse entendido isso na época, ele poderia fazer a complementação daqueles meses que estava vigente essa nova Lei e, com isso, possivelmente, ele seria afastado e receberia pelo INSS. Então, foi assim. Foi pelos casos que foram acontecendo (Dados da Pesquisa, 2022).

Quando questionado sobre como os agentes públicos estão contornando essa dificuldade, disse que “[...] estavam em negociação com as empresas para que fizessem essa complementação para os beneficiários do projeto para que, se necessário, quando acontecer alguma intercorrência, ele possa ser reconhecido pelo INSS”. Outros disseram que a família realizou a complementação. Porém, importante salientar que nas observações de campo, que

ocorreram na reunião de sensibilização das empresas³⁹, observaram-se pedidos por parte da coordenação para que os representantes das empresas e das instituições formadoras auxiliassem para que os beneficiários do projeto recolhessem o complemento para o INSS, indicando que não tinham ocorrido avanços nesse sentido ainda.

Diante da indignação dos agentes públicos com a situação, foi agendada uma consulta, na modalidade virtual, com a coordenação do projeto para compreender melhor o problema e as ações realizadas para solucioná-lo. Nessa oportunidade foi esclarecido que se trata de desafios surgidos após a Emenda Constitucional 103/2019⁴⁰, que altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. No Artigo 195 II prevê que o trabalhador e os demais segurados da previdência social poderão pagar alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição. No § 14 prevê que “o segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao Regime Geral de Previdência Social a competência cuja contribuição seja igual ou superior à contribuição mínima mensal exigida para sua categoria, assegurado o agrupamento de contribuições.” (NR). De modo sumário, isso quer dizer que o trabalhador contribuirá com uma alíquota para o INSS proporcional ao seu salário. Após o período inicial de formação (12 a 16 meses), quando recebem como aprendizes, os beneficiários do projeto são contratados pelas empresas, cumprindo uma carga horária, média, de 6 (seis) horas por dia. Tanto na fase de aprendiz como na condição de empregado da empresa, recebe-se menos que um salário mínimo. Assim, se a ausência ao trabalho for superior a 15 dias, o trabalhador não está coberto pela previdência social.

Quando questionado sobre os contornos realizados para resolver esses desafios, a coordenação relatou que foi realizada uma reunião interministerial (Ministério do Trabalho e Emprego, Receita Federal e INSS), mas sem sucesso. O impasse, de acordo com a coordenação do projeto, é o seguinte: “[...] Se a empresa paga essa complementação para o empregado, teria que emitir uma guia DARF⁴¹, gerando mais custos, pois teria que lançar a transação E – Social (sistema integrado do Governo Federal que digitaliza informações fiscais, previdenciárias e trabalhistas das empresas) e, isso, geraria mais tributos.” Por outro lado, não

³⁹ Realizei observações de campo na reunião de sensibilização de empresas no Ministério do Trabalho em 31 de outubro de 2022. Estavam presentes todos os agentes públicos que operam o projeto e representantes das empresas formadoras do Sistema S e do terceiro setor. Estavam presentes também, em maior número, os representantes do setor de Recursos Humanos de empresas que são parceiras desde 2014 e daquelas que foram convidadas recentemente. Participaram também representantes dos Centros de Convivência do Município de Contagem – MG.

⁴⁰ Ver mais detalhes em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em 30 de maio de 2023.

⁴¹ Documento de Arrecadação de Receitas Federais (DARF) para pagar tributos federais (impostos, taxas e contribuições). Ver mais detalhes em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-darf-para-pagamento-de-tributos-federais>. Acesso em: 26 de maio de 2023.

há respaldo legal que obrigue as empresas fazerem essa complementação. Assim, teria que ser um ato voluntário das empresas, que, muito provavelmente, não irão assumir mais custos.

Outro interlocutor relatou o problema e disse que a família pagou pela complementação para que a pessoa tivesse seus direitos assegurados:

[...] se a pessoa trabalha seis horas, para ela receber ela vai ter que fazer complementação. Foi o caso dessa paciente que irmão trabalha no INSS. Então, burocraticamente, estava tudo resolvido entre o INSS e a empresa. Porque no INSS, o perito considerou que ela não tinha condições de trabalho, que ela tinha de ser afastada aí, sei lá, até tal data. Inicialmente foram uns dois meses, até prorrogou. Mas, se não tivesse sido feito a complementação pela família, ela ficaria legal, regular, quando cessou o período que ela está de licença, ela volta a trabalhar. Mas, ela não receberia por esse período que a gente chama do auxílio doença, né? Ela não receberia por esse período que ela está afastada (Dados da Pesquisa, 2022).

Percebe-se, com isso, que os agentes públicos que operam o projeto conseguem assegurar o posto de trabalho, mesmo que o beneficiário tenha um afastamento superior a 15 dias do trabalho. Contudo, se a família não possui condições financeiras para fazer a complementação ou, se essa complementação não foi realizada pelo próprio trabalhador anteriormente, ele vai ficar sem renda proveniente do trabalho no período do afastamento por doença superior a 14 dias. Assim, de acordo com os trabalhadores da linha de frente, alguém que recebe por mês menos de R\$ 500,00 terá que complementar por volta de R\$ 40,00 dos próprios recursos se quiser ter o direito ao afastamento por doença a partir do 15º dia de afastamento do trabalho.

Diante disso, constata-se a ausência do Estado para garantir o direito das pessoas em sofrimento mental que estão no mercado de trabalho. A respeito desses entraves institucionais, que Lotta e Vaz (2015, p.188) denominam de zona cinzenta, percebe-se que “[...] o ordenamento constitucional prevê algumas competências concorrentes, ou mesmo zonas cinzentas no repartimento de responsabilidades entre os entes federativos.” As evidências, demonstradas pela pesquisa, sinalizam para a ocorrência de ações substitutivas de um ente para suprir a omissão de outro. Ao que tudo indica, o Ministério do Trabalho e Emprego coordena ações dentro de suas atribuições para incluir no mercado os sujeitos com deficiência e, acaba por incluir o sujeito em sofrimento mental. Observa-se que os principais beneficiários são os esquizofrênicos. Aos demais (sujeitos que não atendem aos critérios do CID -10), cabe a inserção em modelos associativos que promovem a reabilitação psicossocial, mas nem sempre geram renda e oportunidades de trabalho de forma autônoma. Sendo assim, é preciso maior detalhamento das competências internas ao arranjo para compreender a efetividade do projeto.

Em relação ao mecanismo de responsabilização das famílias pelos *gaps* existentes na implementação do projeto, tem-se um paradoxo. Dito de outra forma, se a principal categorização utilizada pelos agentes públicos é que alguns beneficiários do projeto têm os laços sociais esgaçados e, em alguns casos, existe mais de um familiar adoecido na família incluído no projeto, a maioria das famílias não conseguiria realizar esse complemento. Assim, é importante questionar: como responsabilizar famílias vulneráveis socialmente para que realizem complementação do valor do INSS para beneficiários do projeto? Sugerir isso é o mesmo que pedir que um cego conduza outro. É importante destacar que os resultados da pesquisa revelaram que os contornos realizados para resolver o problema envolvem empresas e instituições formadoras para capacitar o beneficiário a fazer o recolhimento e, não, a família.

O fenômeno da responsabilização das famílias no cuidado em saúde mental não é uma característica da operação do projeto. A literatura aponta para uma preocupação com essa configuração da política brasileira de saúde mental, que ocorre a partir da reforma psiquiátrica, influenciado, principalmente, pela onda neoliberal que defende a redução do tamanho do Estado. Na próxima seção faremos considerações a esse respeito e, na seguinte, apresentaremos, na avaliação dos agentes públicos, os resultados e avanços alcançados com a implementação do projeto.

7.2 A responsabilização das famílias

No Brasil, os desdobramentos da reforma psiquiátrica brasileira com a promulgação da Lei Federal n. 10.216/2001, de acordo com Delgado (2011), foram a substituição do paradigma asilar por um modelo comunitário de cuidados em saúde mental e, o fim da internação anônima. Assim, o tratamento para o transtorno mental passou a ser integrado na sociedade e no SUS. Dito de outra forma, à medida que se reduzia os leitos psiquiátricos, aumentava-se os cuidados nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nos hospitais-dia e nas residências terapêuticas.

A desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental e o tratamento no território em liberdade, sugerida pela reforma psiquiátrica brasileira, pode ser entendida, então, como um processo ético estético do reconhecimento do sujeito de direitos. Em outras palavras,

[...] é entendida pelas múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida. Um processo de desconstrução, de desmontagem, que não se restringe à reestruturação de técnicas, de serviços, de novas terapias, mas sim um processo ético estético, de reconhecimento do sujeito de direitos. Desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de

direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas; e inventa – prática e teoricamente – novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos (Amarante, 2003); (Bueno; Caponi, 2009, p. 144)

No caso estudado essa constatação é especialmente importante porque é a partir da desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental que surgem as demandas por reinserção produtiva do egresso de manicômio e o reconhecimento destes como sujeitos de direito, inclusive ao trabalho.

No entanto, Da Silva e Rosa (2014, p. 253) alertam para as mudanças do papel do Estado, influenciado pelo ideário do neoliberalismo. Defendem que o “[...] Estado vem transferindo suas responsabilidades a organizações voluntárias e caritativas, setor privado, mercado e para a família, apostando num discurso de emancipação social e minimização de um Estado.” Advertem para o fato de que esse Estado concentrador e burocrático, na verdade é mínimo para suprir as necessidades sociais daqueles que vivem exclusivamente da sua força de trabalho, ou seja, é um Estado vinculado à lógica capitalista.

Em relação ao novo papel das famílias com a reforma psiquiátrica, de acordo com as autoras - Da Silva e Rosa (2014, 162), ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como:

- i. Grupo que precisa de assistência e cuidados;
- ii. Um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único;
- iii. Provedora de cuidados;
- iv. Como avaliadora dos serviços e,
- v. Sujeito político.

Diante disso, percebe-se que as autoras constatarem que não basta fechar os manicômios ou reduzir o número de leitos psiquiátricos, se antes não forem modificados os significados desses aparatos nos cerne familiar, comunitário e social. Para que a Reforma Psiquiátrica se efetive, a família tem que ser vista como agente fundamental de transformações da percepção de loucura, bem como ser incluída de forma responsável no processo de cuidado, recebendo suporte e partilhando atribuições juntamente com o Estado e a comunidade. Nesse sentido, advertem:

A matricialidade sociofamiliar representou uma conquista fundamental para as políticas, no entanto, contraditoriamente ao previsto na legislação, expõe este segmento aos efeitos desastrosos do projeto neoliberal, já que utiliza o seio familiar enquanto “agente privado de proteção social” (Pereira, 2010, p. 26), sem lhe conferir

condições mínimas para uma boa atuação destes sujeitos. (Da Silva; Rosa, 2014, p. 258).

No caso da implementação do projeto de inclusão, é importante pensar também que a micropolítica de reinserção social pelo trabalho. Segundo Guattari e Rolnik (2008, p. 158), “[...] a micropolítica se institui a partir de agenciamentos, desencadeados no nível das subjetividades individuais e coletivas”. Para os autores, os processos de transformação que se dão em diferentes níveis de experimentação social às vezes podem ser mínimos e, no entanto, constituir o início de uma mutação muito maior. Ou não. Assim, percebe-se, que os resultados do projeto implementado em Belo Horizonte - MG, mesmo que mínimos em relação à demanda podem representar uma inovação social no sentido da reinserção psicossocial da pessoa em sofrimento mental pelo trabalho, ou não. Isso vai depender das condições que os trabalhadores da linha de frente terão para operar o projeto, ou seja, da presença do Estado para minimizar, conforme Lipsky (1980), a distância existente entre o ideal da política pública e os recursos escassos disponíveis para a sua execução.

7.3 Os motivos para seguir incluindo

Os resultados da pesquisa (2022) demonstraram que, quando solicitados para apontarem os pontos positivos do projeto de inclusão, os agentes públicos destacaram vários avanços: a melhora das relações com a família, os ganhos de sociabilidade, a redução da estigmatização social e contra si mesmo (ganho de autoestima), o aumento da inserção social pelo trabalho e, o aumento da renda e do poder de compra.

É importante salientar que todos os entrevistados reconhecem que nem todas as pessoas com diagnósticos de bipolaridade ou esquizofrenia que frequentam as instituições envolvidas no projeto (Centros de Convivência e Hospital das Clínicas) podem se beneficiar das ações de inclusão produtiva. Dito de outra forma acreditam que o trabalho é apenas mais uma das formas de reinserção:

[...] O trabalho é mais uma forma de reinserção. Eu posso até estar enganada assim. Mas, eu não vejo o trabalho como um expoente. Vou dizer assim. Porque, quando a gente vai pensar na política, a gente vai pensar a reinserção social de um modo geral e, ao mesmo tempo, singular. Porque a gente não vai pensar que o trabalho é importante para todos os sujeitos, não é. Para o sujeito em sofrimento mental, o trabalho pode, ou não, ser importante. Então, dentro da reforma psiquiátrica a ideia de singularidade é crucial. Porque senão a gente vai pensar assim: o trabalho é importante para todos os sujeitos. Ele não é importante para todos os sujeitos (Dados da Pesquisa, 2022).

Apesar disso, acreditam que se trata de uma experiência que possibilita a inserção no mundo, para circular na vida, no território, na cidade. Uma oportunidade de ampliação do repertório de vida para quem, normalmente, tem um cotidiano empobrecido.

Os interlocutores da pesquisa acreditam também que o desenvolvimento do projeto de inclusão representa uma experiência concreta de trabalho remunerado para as pessoas em sofrimento mental. Embora reconheçam os avanços das experiências associativas com ênfase na economia solidária, destacam que, muitas vezes, o incremento da renda nessas experiências é sazonal. Assim, defendem que as cooperativas e associações são oportunidades interessantes do ponto de vista ideológico, mas que o volume de renda alcançado não é capaz de garantir incrementos na renda e do poder de compra de forma efetiva ao longo do tempo.

Em relação aos ganhos psicossociais, os agentes públicos acreditam que o projeto contribui para a redução do estigma da loucura e do louco perigoso dentro das empresas: “[...] a gente quebrou uma barreira forte na contratação e na divulgação desse Projeto na Associação Brasileira de Recursos Humanos - ABRH. Inclusive as empresas premiadas pela ABRH, uma delas foi pelo desenvolvimento do projeto de inclusão.” A esse respeito, buscamos investigar mais detalhes junto ao supermercado Verdemar, que foi a empresa vencedora do prêmio. Assim, em entrevista, no modelo virtual, com a coordenação do setor de RH em 16 de dezembro de 2022, sem um modelo previamente estruturado de entrevista, solicitamos que falasse a respeito do desenvolvimento do projeto na empresa. Percebemos que, embora reconheçam que contratam mais deficientes físicos, que deficientes intelectuais e mentais houve investimento para aprender com outras experiências para que o projeto fosse desenvolvido na empresa, gerando, com isso, além do prêmio, alguns aprendizados.

Dos relatos do coordenador do projeto de inclusão de PCDs na empresa, ficou evidente que o supermercado foi o pioneiro na participação no projeto piloto, em 2014. A esse respeito, disse que, das 15 pessoas que participaram, duas desestabilizaram psiquicamente, não dando continuidade à participação, mas avalia a experiência como exitosa. Disse também que, a princípio, foram realizadas ações no sentido de aprenderem com outras experiências de inclusão pelo trabalho de deficiência mental e/ou psicossocial. Assim, relatou a visita realizada ao Rio Grande do Sul, ao Supermercado Zaffari, que, à época, incluía 6 (seis) pessoas com deficiência intelectual. Após a visita, planejaram ações como o treinamento de líderes e funcionários da instituição para o desenvolvimento do projeto.

Atualmente, a empresa realiza *blitz* e apadrinhamentos das pessoas em sofrimento mental, no sentido de ampliar as ações para estimular a manutenção desses sujeitos no trabalho. A coordenação relatou que, uma das dificuldades para a inclusão é o baixo nível de

escolaridade. Assim, realizam avaliações constantes, para captar a melhor função para cada beneficiário no projeto, respeitando as potencialidades. Em outras palavras, embora as vagas sejam para a reposição, podem ser incluídos em outras funções dentro do supermercado, como por exemplo, atividades de frente de caixa. Com isso, relatam que o aprendizado com o projeto é constante, exigindo da equipe planejar ações que possam potencializar a inclusão de pessoas com deficiência. Nesse sentido, reestruturaram as entrevistas de admissão e realizam atividades de conscientização.

Como nas entrevistas com os agentes públicos foram relatadas as dificuldades em ampliação do projeto devido à restrição da oferta de vagas pelas empresas, buscou-se questionar as justificativas para que isso ocorra. O argumento utilizado para explicar foi que a rotatividade de pessoas em sofrimento mental é baixa, ou seja, a cota de postos de trabalho está sendo cumprida. Para além, dizem que essa é uma das frentes para inclusão de PCDs nas empresas, existindo outras e, que não são inclusões simples, pois as atividades da empresa são muito operacionais. Apesar disso, relatam um aprendizado com o projeto e que, atualmente, a empresa é uma referência para outras empresas concorrentes, que a visitam para compreender esse tipo de inclusão de PCD e compartilhar da experiência.

Com isso, percebeu-se que o cumprimento da Lei de Cotas é determinante para que a empresa ofereça novos postos de trabalho. Contudo, a coordenação do projeto considera que houve avanços ao longo do tempo: “[...] o Artigo 4º do Decreto 3.298 existia ali uma determinação do que seriam as deficiências. Então, até 2014 eu via... Se eu tivesse visto dois ou três laudos com a questão da saúde mental, era muito”. (Dados da Pesquisa, 2022).

Outra evidência da pesquisa demonstra que os trabalhadores da linha de frente avaliam positivamente a operação do projeto. Relatam aprendizados no acompanhamento, ou seja, o fato dos acompanhamentos diários serem bem próximos, possibilitam ajustes diários das ações e isso converte-se em aprendizados para criarem novas estratégias de inclusão, que se materializam a cada nova turma.

Um dado interessante nos resultados da pesquisa foi o relato dos agentes públicos em relação aos resultados do projeto. Dizem perceber uma melhora nas relações familiares, depois que os beneficiários começam a trabalhar:

[...] porque a gente sabe que a nossa população vive uma condição socioeconômica muito difícil, né? Então, uma pessoa que não trabalha, um adulto que não trabalha dentro de uma casa de uma família com condições muito precárias, é muito difícil. A pessoa poder contribuir, ali, com uma conta de luz, como uma conta de água, contribuir com uma questão do alimento ali, com a questão alimentar, faz muito diferença. Então, os usuários passam a ser valorizados pela família como há muito

tempo não o são ou, nunca foram. Porque muitas vezes são colocados no lugar de doido, de doente, do que não dá conta, que não é capaz, né? Ou, as famílias que têm uma complexidade maior, assim: ah, é preguiçoso! O incapaz, que não dá... Ele não quer fazer isso, não quer trabalhar, não percebendo as dificuldades que ele tem para estar nesse mercado de trabalho. E, se pessoas saudáveis têm dificuldades para se manterem no mercado de trabalho, imagina a pessoa em sofrimento mental. Sair de casa todo dia para trabalhar, não é fácil para ninguém (Dados da Pesquisa, 2022).

Diante disso, percebe-se que o fato de poder contribuir para a renda familiar modifica o *status* da pessoa em sofrimento mental: do louco problemático da família a trabalhador que contribui para a renda. Assim, há indícios que o trabalho pode contribuir para a alteração daquilo que Goffman (1996) denomina de carreira moral, ou seja, envolve a mudança de *status*, direitos e privacidade (SILVA, 2015)⁴².

Enfim, embora as evidências de pesquisa demonstrem que os agentes públicos reconhecem o projeto de inclusão como exitoso e pioneiro, há indícios na direção de empreender novas ações para potencializar o número de indicações ao trabalho, avaliando também a necessidade de aprimorar o projeto. Uma dessas ações é investir em reabilitação cognitiva. A equipe do Hospital das Clínicas defende que alguns pacientes da saúde mental necessitam de uma reabilitação cognitiva para recuperarem a memória, por exemplo. Para além, pretendem desenvolver indicadores – através de pesquisa da pós-graduação, para poderem mensurar os ganhos biopsicossociais que os beneficiários têm quando participam do projeto de inclusão no mercado de trabalho. Essa preocupação parece revelar as dificuldades com a mensuração da efetividade do projeto. Além, é claro, de indicar investimentos no sentido de potencializar as ações dos agentes públicos em termos do trabalho como uma forma de reinserção social.

Dos resultados observados do projeto de inclusão é possível dizer que, segundo dados da PBH (2022, p.280), “[...] de setembro de 2014 a agosto de 2021, os Centros de Convivência fizeram 299 encaminhamentos para as empresas parceiras, os quais resultaram em 259 contratações. Destes, 168 usuários continuam ativos trabalhando através do projeto.” Com isso, percebe-se que, dos usuários dos Centros de Convivência encaminhados ao projeto, aproximadamente 87% foram contratados. Porém, apenas 56,2% do total encaminhado se mantêm no trabalho, até agosto de 2021. Os motivos para que alguns beneficiários se desvinculem do projeto, conforme dito anteriormente, são conseguir aposentadoria ou outros

⁴² Partindo-se do conceito de carreira moral de Goffman, o autor busca compreender a identidade social do sujeito acometido pela loucura em seus vários destinos pós-internação psiquiátrica. Para Silva (2015, p.354), o indivíduo pode passar de pessoa a paciente no caso de internação psiquiátrica. Mas, ressalta que esse sujeito pode ter outros destinos enquanto doente mental – o que envolve a mudança de *status*, direitos e privacidade.

benefícios como o BPC, outras oportunidades de trabalho no mercado formal ou informal, problemas nas relações de trabalho e desestabilizações psíquicas. É importante ressaltar que não conseguimos dados que nos possibilitasse detalhar o perfil socioeconômico dos beneficiários.

Em relação aos resultados do Hospital das Clínicas, que, gentilmente, nos enviou os dados dos encaminhamentos ao trabalho agrupados por ano e por empresa, é possível perceber que, no período de 2019 a 2021, foram encaminhadas 14 pessoas para as empresas parceiras. Dessas, 10 ocupam cargos de reposição em supermercados, 2 em cargos administrativos em hospital e 2 em empresa de telecomunicações, confeccionando uniformes para os empregados. Desses dados, foi possível perceber um alinhamento com as informações das entrevistas realizadas na pesquisa (2022). Dito de outra forma, são encaminhados, principalmente, homens (11), com idade que varia entre 29 e 62 anos, uma média de idade de 40 anos. Os dados são condizentes, portanto, com o perfil dos esquizofrênicos tratados nos ambulatórios da instituição e com as dificuldades psicossociais que a patologia acarreta para a inserção no mercado de trabalho, conforme relatado na entrevista pela coordenação do projeto na instituição.

Por fim, reconhecemos a importância dos resultados alcançados por meio dos arranjos institucionais que possibilitam o projeto de inserção de pessoas em sofrimento mental no mercado formal de trabalho, em Belo Horizonte – MG. Afinal, de acordo com Delgado (2011), é muito mais difícil cuidar da saúde do que da doença. Contudo, a questão da geração de renda para pessoas em sofrimento mental parece apontar para as fragilidades da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas no campo da inserção pelo trabalho.

Defendemos que, para suprir essas incompletudes e compreender o hiato entre o ideal e o real da implementação da política, são necessárias investigações que interroguem – exclusivamente, a efetividade. As ações empreendidas por agentes públicos (trabalhadores da linha de frente) que implementam a política espalhados pelo Brasil parecem um bom indicador para compreender a capacidade das respostas do Estado à demanda por trabalho e renda das pessoas em sofrimento mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar a síntese das evidências encontradas na pesquisa qualitativa, desenvolvida no período de 2019 a 2023, não temos a pretensão de elaborar uma conclusão, mas, sim, propor reflexões possíveis sobre o labor de trabalhadores da linha de frente que transformam pessoas em sofrimento mental em agentes econômicos atuantes no mercado de trabalho em Belo Horizonte – MG. Assim, trata-se de um esforço para contribuir com as discussões que buscam compreender as relações entre Estado, loucura e trabalho e, a partir dos resultados, as conquistas factíveis no tratamento em liberdade, quando o objeto da inserção social é o trabalho.

A partir dos pressupostos e da categoria analítica criada por Lipsky (1980), elaborou-se um modelo teórico e iniciou-se a investigação. O intuito, com isso, foi compreender quais os mecanismos os trabalhadores do Ministério do Trabalho e Emprego, em parceria com gerentes dos centros de convivência, com a gerência dos ambulatórios de psiquiatria do Hospital das clínicas, em um arranjo público-privado com 11 empresas e 2 instituições de formação profissional (Sistema S e terceiro setor), utilizam para operar um projeto de inserção no mercado formal de trabalho de pessoas em sofrimento mental tratadas nos serviços dos SUS em Belo Horizonte – MG. Em outras palavras, buscou-se entender a implementação da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas no que diz respeito ao reconhecimento do direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental.

Uma primeira constatação possível é que o marco regulatório da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas não apresenta contornos e diretrizes precisas em relação à operação de programas sociais cujo interesse é a inserção no trabalho de pessoas com transtornos mentais. Embora seja preciso reconhecer os avanços realizados no sentido da criação de experiências associativas e de cooperativismo social após os anos 2000, para inserção no mercado formal de trabalho, constatou-se que foi a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, no início da década de 2000, acrescida da LBI (2015) que facilitou o reconhecimento da deficiência como um fenômeno localizado na interface biológica, psíquica, social e política do sujeito, possibilitando, com isso, a inclusão de pessoas com transtorno mental de longa permanência na categoria de deficiente mental ou psicossocial. A esse respeito a pesquisa demonstrou que, se por um lado temos um ganho com a possibilidade de trabalho no mercado formal para os ditos loucos, por outro, essa conformação da legislação gera dificuldades para os operadores do projeto. Nem os beneficiários, suas famílias ou os agentes públicos concordam com a categorização da loucura

como deficiência. A maior parte dos interlocutores da pesquisa evidenciou que transtorno mental não é deficiência, mesmo cientes de que, no momento, não têm alternativas legais para criar reservas no mercado de trabalho para psicóticos graves.

Em relação à utilização do poder discricionário pelos trabalhadores da linha de frente para operarem o projeto, as evidências da pesquisa demonstraram que, dependendo da posição funcional à qual o trabalhador está vinculado, ocorrerá maior ou menor participação em todo o ciclo de implementação. O coordenador do projeto, vinculado ao SRTE/MG, por exemplo, possui alto poder discricionário, reconhecido pelos demais operadores do projeto, porque em suas atribuições está previsto o poder de sanção, na forma de aplicação de multas, no caso do descumprimento pelas empresas da Lei de Cotas. Da sua rotina de trabalho, embora seja necessário aceitar, conforme Lipsky (1980), que o *status* burocrático que ocupa exige o cumprimento das diretivas superiores, na prática, os achados da pesquisa apontam para outra direção. A coordenação do projeto não tem rotinas burocráticas repetitivas ditadas pela instituição a que está vinculada. É procurada para decidir as mais variadas dificuldades da implementação do projeto, logo, não há uma divisão de tarefas na qual ela possa apoiar-se. Uma das explicações para isso pode ser a condição recente de implementação do projeto e sua reduzida escala quantitativa de beneficiários, ou seja, ainda não se produziu uma decantação de processos administrativos que conduzam a rotinas que pressionem uma divisão de tarefas rígidas com procedimentos fixos.

No caso dos gerentes dos centros de convivência, observou-se que utilizam seu poder discricionário para eleger ou excluir beneficiários do projeto, bem como, desenvolvem rotinas para potencializar a manutenção das pessoas em seus postos de trabalho. Assim, o que denominam do desenvolvimento de “[...] uma tecnologia levíssima” está permeado por ações e intenções para que o projeto seja eficiente e eficaz do ponto de vista do Estado e, efetivo do ponto de vista do cidadão usuário do serviço em saúde mental do município. Diante disso, é possível dizer, na mesma direção de Lipsky (1980), que os trabalhadores da linha de frente dos centros de convivência desenvolvem ações urgentes e pessoais, considerando as singularidades dos sujeitos para incluí-los no mercado de trabalho.

Em relação à etapa do projeto desenvolvida pelo Hospital das Clínicas, as evidências demonstraram que os critérios de seleção dos beneficiários são biomédicos, com predominância de encaminhamentos de homens esquizofrênicos, por entenderem que a patologia produz maiores barreiras psicossociais. Os resultados, em termos de beneficiários incluídos, são mais tímidos na instituição do que aqueles alcançados pelos centros de convivência, 14 beneficiários no período de 2019 a 2021. Tudo indica que isso possa ser

explicado por fatores, tais como o tempo que a instituição está vinculada ao projeto, a paralisação das atividades do período da pandemia de Covid-19 e o fato dos ambulatórios de psiquiatria do HC atenderem pacientes de todo o Estado de Minas Gerais. Este último faz com que muitas pessoas tenham o desejo de trabalhar, mas, devido às dificuldades com a mobilidade e custos com o deslocamento, a participação fique inviabilizada.

No que diz respeito à operação do projeto no HC, o *locus* organizacional e suas exigências burocráticas, do (a) médico (a) e coordenador (a) dos ambulatórios de psiquiatria da instituição foram transformados em possibilidades de trabalho, principalmente, para homens esquizofrênicos, com baixa escolaridade. Tudo indica que, incluir o hospital universitário para selecionar beneficiários do projeto e encaminhá-los ao mercado formal de trabalho, significa abrir uma nova agenda de tratamento para pacientes com transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia. A utilização dessas ações pode atenuar a pressão de famílias e pacientes por possibilidades de inserção psicossocial pelo trabalho. Aliado a isso, é importante que se reconheça que o poder discricionário conferido ao servidor público vinculado ao hospital universitário foi determinante para as outras etapas do projeto, como, por exemplo, a mobilização da equipe para triagem e indicação dos pacientes para o projeto e o monitoramento das ações.

Em relação às simplificações cognitivas, as evidências da pesquisa demonstraram que os trabalhadores das linhas de frente utilizam-se das simbologias dos movimentos sociais, de relações de transferência criadas com os beneficiários e, principalmente, das observações diárias para a inclusão ou exclusão de beneficiários e manutenção das pessoas no projeto. Para além, no caso dos gerentes dos centros de convivência, articulam outros atores públicos dentro da RAPS (SUS/BH) para dividirem as decisões que envolvem a inclusão dos usuários do serviço no mercado formal de trabalho. Isso, porque todos têm plena consciência de que o seu trabalho envolve alto grau de incerteza e riscos não controlados, pois trabalhar pode ser terapêutico, mas pode adoecer.

A pesquisa permitiu captar que o enquadramento dos beneficiários é realizado a partir de uma triangulação entre dados clínicos, psicossociais e econômicos. Porém, mesmo com todas as tentativas de controle dos resultados pelos trabalhadores da linha de frente, ainda é uma aposta com resultados na esfera da subjetividade dos beneficiários (ganhos na autonomia, redução do estigma e do auto estigma), de difícil mensuração. Para além, há desdobramentos inesperados, não planejados pelos operadores e beneficiários do projeto, produzidos pelo próprio Estado, como, por exemplo, Emenda Constitucional 103/2019. As evidências da pesquisa demonstraram que a reforma trabalhista teve como resultado a perda de direitos

pelos beneficiários do projeto, especificamente nas situações que decorrem de licenças médicas superiores a 15 dias. É o que a literatura chama de zona cinzenta, ou seja, o Estado reduz suas atribuições, distribuindo responsabilidades para famílias vulneráveis e/ou a iniciativa privada, gerando a ausência de remuneração pelo trabalho no período de adoecimento e a perda de direitos do trabalhador com transtorno mental. Apesar disso, os operadores do projeto acreditam que se trata de uma experiência que possibilita a inserção no mundo social, no território, na cidade. Uma oportunidade de ampliação do repertório de vida para quem, normalmente, tem um cotidiano empobrecido. Para além, o fato de poder contribuir para a renda familiar modifica o *status* da pessoa em sofrimento mental: do louco problemático da família a trabalhador que contribui para a renda. Assim, há indícios de que o trabalho pode contribuir para a alteração daquilo que Goffman (1996) denomina de carreira moral, ou seja, envolve a mudança de *status*, direitos e privacidade.

Das hipóteses da investigação, é possível dizer que os achados da pesquisa corroboram com as ideias de Lipsky (1980), para quem os ‘burocratas de nível de rua’, utilizam seu *locus* organizacional para produzir resultados redistributivos. No caso pesquisado, ficou evidente que os atores públicos envolvidos com a operação do projeto, em sua rotina de trabalho, utilizam-se do seu alto poder discricionário e simplificações cognitivas para criar dispositivos para transformar a condição médico-jurídica do cidadão em sofrimento mental e para equilibrar a desproporção entre o ideal (aquilo que se propõe o Estado com uma política pública) e o real (os recursos e meios escassos com os quais operam os SLB). Há indícios ainda de que esses mecanismos permitem a utilização simultânea de recursos públicos de duas políticas públicas diferentes (Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e Política para a Pessoa com Deficiência) que são transformados em oportunidades de trabalho no mercado formal para sujeitos em sofrimento mental, produzindo, assim, a inserção no mercado de trabalho de aproximadamente 300 pessoas, consideradas em vulnerabilidade social, no período de 2014 a 2021.

Na terceira hipótese, pretendíamos compreender se o vínculo com movimento social da luta antimanicomial produz valores e princípios, ou seja, um *ethos*, que determina o uso do poder discricionário que será utilizado para eleger beneficiários e determinar ações, influenciando os resultados do projeto. A esse respeito, os achados demonstraram que os valores dos movimentos sociais da luta antimanicomial e dos direitos das pessoas com deficiência influenciam as ações dos trabalhadores da linha de frente. Há indícios, inclusive, que o *ethos* do movimento da luta antimanicomial pode gerar conflitos em relação às determinações da Lei de Cotas, que categoriza a loucura como deficiência e, a compreensão

da loucura como transtorno mental pelos operadores e beneficiários do projeto. Porém, é importante ressaltar que os achados não foram determinantes para afirmarmos qual a intensidade que essa interseção Estado-movimento influencia nos resultados do projeto.

Do ponto de vista teórico, a investigação demonstrou que o arcabouço teórico elaborado por Lipsky (1980) foi pensado para estudar a implementação de programas sociais com desenhos e arcabouços decantados e bem definidos (serviços públicos em geral, saúde, educação, segurança, etc.). O projeto em questão, pelo contrário, é uma iniciativa incipiente, com traços ainda pouco impessoais do ponto de vista burocrático. Dito de outra forma, conseguimos perceber um alto poder discricionário, centrado na coordenação do projeto, que, inspirada no modelo desenvolvido no Rio Grande do Sul, interpretou a Lei de Cotas e a Lei Brasileira de Inclusão, mobilizou parceiros e recursos humanos para abrir uma agenda com possibilidades de trabalho para pessoas em sofrimento mental. Percebeu-se também que o uso do poder discricionário por agentes públicos, vinculados aos centros de convivência, ao Hospital das Clínicas e ao SRTE/MG engendraram uma nova possibilidade de utilização do trabalho como fonte de reinserção social, utilizando-se dos recursos públicos já existentes.

Por fim, dos resultados do projeto implementado em Belo Horizonte - MG, constatou-se que, mesmo ínfimos em relação à demanda, podem representar uma inovação social no sentido da reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento mental pelo trabalho, ou não. Isso vai depender das condições que os trabalhadores da linha de frente terão para operar o projeto, ou seja, da presença do Estado para minimizar a distância existente entre o ideal da política pública e os recursos escassos disponíveis para a sua execução. Por isso mesmo, defendemos que são necessárias investigações que interroguem – exclusivamente, a efetividade dos projetos de inclusão, ou seja, busquem analisar as incompletudes e compreender o hiato entre o ideal e o real da implementação da política. Nesse sentido, sugerimos que as ações empreendidas por agentes públicos espalhados pelo Brasil (trabalhadores da linha de frente) que implementam a política parecem um bom indicador para compreender a capacidade das respostas do Estado à demanda por trabalho e renda das pessoas em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Rafael B.; LIMA, Luciana L. Capacidade estatal: dimensões e mensuração. **BIB**, nº 89, 2019, p. 1-28.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método das ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thomson, 1999.
- ANDRADE, Marcela; BASSO, Monique; REIS, Anna Beatriz; SILVA, Daiane. Inclusão da pessoa com deficiência: análise de empregabilidade. **Revista Laborare**, v. 4 n. 6, (2021). Disponível em: <<https://www.trabalhodigno.org/post/inclusaopcd>>. Acesso em 18 ago. 2021.
- ANDRADE, Márcia Campos; COSTA-ROSA, Abílio da. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 27-41, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202014000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 out. 2021.
- ARRETCHE, Marta; VASQUEZ, Daniel; GOMES, Sandra. **As relações verticais na federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia**. In: ARRETCHE, Marta. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Nota de posicionamento pela imediata implementação da avaliação biopsicossocial da deficiência, pelo instrumento IFBrM. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/implementacao-instrumento-ifbrm/62312/28>, set.2021. Acesso em: 30 maio, 2023.
- BEVERVANÇO, Rosana Beraldi. Deficiência e a Lei brasileira de inclusão: Atuação do Ministério Público. Ministério Público do Paraná. Centro de apoio operacional das promotorias de justiça de defesa dos direitos do idoso e da pessoa com deficiência. Disponível em: https://pcd.mppr.mp.br/arquivos/File/Estudos/ESTUDO_DEFICIENCIA_PSICOSSOCIAL_LBI_Atuacao_do_MP.pdf Acesso em 30 maio, 2023.
- BEZERRA, Vanessa de Oliveira. DE SOUZA, Joelson Rodrigues. GOMES, Patrícia Nunes. SILVA, Cibele Carina Souza. **A Inclusão de Pessoas Com Sofrimento Mental Grave no Trabalho: História e Perspectivas Atuais**. Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Curso de Especialista em Saúde Mental. Belo Horizonte, p.61, 2021.
- BLEICHER, Taís; FREIRE, José Célio; SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, January 2014, Vol.24(2), pp.527-543. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kT5gfTmbqpsf3HGJDZvmfn/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun.2023
- BOURDIEU, Pierre. Participant objectivation: *The Huxley Memorial Lecture*. **Journal of Royal Anthropological Institute**, 2003, vol. 9(2).
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1977-cns-debateu-entraves-para-reconhecimento-de-pessoas-com-deficiencia-no-brasil>. Acesso em: 20 mar.2023.
- _____; Decreto nº 3298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em 20 mar. 2023.
- _____; Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009. O Presidente da República Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 7 jul. 2021
- _____; Decreto nº. 9.579, de 25 de novembro de 2018. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=9579&ano=2018&ato=b8bIzZU9UeZpWTd4f>
Acesso em 20 mar. 2023.

_____ ; Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias.
Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm Acesso em 26 mar. 2023.

_____ ; Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: < https://www.planalto.br/ccivil_03/18213cons.htm>, Acesso em 7 jul. 2021.

_____ ; Lei nº 10.097, de 19 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110097.htm Acesso em 10 jan. 2023.

_____ ; Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm Acesso em 10 jan. 2023.

_____ ; Lei nº 10.216, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 7 jul. 2021.

_____ ; Lei nº 13.146, 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em 20 mar.2023

_____ ; Lei nº 14.176, 22 de junho de 2021. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para estabelecer o critério de renda familiar per capita para acesso ao benefício de prestação continuada, estipular parâmetros adicionais de caracterização da situação de miserabilidade e de 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. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.176-de-22-de-junho-de-2021-327647403>> Acesso em 20 ago. 2021.

_____ ; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONAD. Resolução nº 01 de 5 de março de 2020. Dispõe sobre a aprovação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado IFBrM como Instrumento de Avaliação da Deficiência. Disponível em: http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2020/03/SEI_MDH-1100672-CONADE_-_Resoluc%CC%A7a%CC%83o.pdf.pdf.pdf. Acesso em 20 mar.2023.

_____ ; Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. O que é a Rede de Atenção Psicossocial? Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em 15 set. 2021.

_____ ; Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 20 mar.2023.

_____ ; Ministério do Trabalho e Emprego. Superintendência do Trabalho e Emprego em Minas Gerais - SRTE/MG divulga resultados do Projeto de Inclusão de Pessoas com Sofrimento Mental no Mercado de Trabalho. Disponível em: <<https://mte.jusbrasil.com.br/noticias/709799868/srt-mg-divulga-resultados-do-projeto-de-inclusao-de-pessoas-com-sofrimento-mental-no-mercado-de-trabalho>>. Acesso em 2 dez. de 2020.

_____ ; Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Divisão de Fiscalização para Inclusão de Pessoas com Deficiência e Combate à Discriminação no Trabalho. Caracterização das Deficiências - Orientações para fins de cumprimento do art. 93 da Lei nº 8.213/91. Brasília, 2018. Disponível em: <http://sinicesp.org.br/inclusao/publicacoes/orientacoes%20_pcd_2018.pdf> Acesso em 7 jul. 2021.

_____; Senado Notícias. Sistema S. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/sistema-s>. Acesso em 20 de mar. 2023.

_____; Serviços e Informações do Brasil. Emitir DARF. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-darf-pagamento-de-tributos-federais>. Acesso em: 26 maio, 2023.

BUENO, Maria Lúcia da Silva; CAPONI, Sandra. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Jan-March, 2009, Vol.13(28), p.137(14).

CARRETEIRO, Teresa Cristina. BARROS, Vanessa, a. (2014). **Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho**. Clínicas do trabalho (pp. 101-128). São Paulo, Atlas.

CASTEL, Robert. A Ordem Psiquiátrica. **A idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

Classificação Brasileira de Ocupação – CBO (Código Brasileiro de Ocupação 521125) Disponível em: <https://codigocbo.com.br/cbo-521125-repositor-de-mercadorias>. Acesso em 16 mar. 2023.

_____; CBO (Código Brasileiro de Ocupação 411010) Disponível em: <https://codigocbo.com.br/cbo-521125-repositor-de-mercadorias>. Acesso em 16 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Relatório de inspeções: 2018** / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. - 1. ed. - Brasília : CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-ContraCapa-Final_v2Web.pdf> Acesso em 7 set. 2021.

COSTA, Nilson do Rosário. *Street-level Bureaucracy and Social Policy in Brazil*. Cien Saude Colet. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.19952017>. Acesso em 15 ago.2021.

COSTA, Jurandi Freire. **A história da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Taurus, 1976

CRUZ, Nelson F. O; Delgado, Pedro Gabriel G;GONÇALVES, R. Weber. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação E Saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em 30 mai 2023.

DA COSTA, Ana Maria Machado. O Reconhecimento da Pessoa com Transtorno Mental Severo Como Pessoa Com deficiência: Uma Questão de justiça. Disponível em: <http://www.mpgp.br/portal/arquivos/2013/08/22/13_23_35_456_Reconhecimento_da_pessoa_com_transtor_no_mental_severo_com_deficiente.pdf>. 2013. Acesso em 18 ago. 2021.

DAL PAZ, Mario; PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis**, 2012, Vol.22(2), pp.621-639

Da SILVA, Ellayne Karoline Bezerra. ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? : Revista Katálysis, 2014, Vol.17(2), pp.252-260

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 80-84, jun. 1992.

_____; Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Ciencia & Saude Coletiva**, Dec, 2011, Vol.16(12), p.4701. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300019>. Acesso em 10 de mar. de 2019.

FERREIRA, Thayane Pereira Da Silva; SAMPAIO, Juliana; SOUZA, Adelle Conceição Do Nascimento; DE OLIVEIRA, Dilma Lucena ; GOMES, Luciano Bezerra. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, 2017, Vol.21(61), p.373(12)

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica (1961)**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Brasília. Saúde mental para todos: estudo sobre o (des) financiamento no Brasil. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/> Acesso em 21 de abril de 2023.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOHN, M. G. **História dos Movimentos e Lutas Sociais**. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

GRAU, Nuria C. *La intersectorialidad em las nuevas políticas sociales: um acercamiento analítico-conceptual*. **Gestión y Política Pública**, vol. XXIII, nº 1, 2014, p. 5-46.

GUATARRI, Felix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes; 1996.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 01 September 2014, Vol.19(9), pp.3791-3798.

INTRAHEALTH INTERNATIONAL. Disponível em: <https://www.intrahealth.org/>. Acesso em 9 de maio de 2023

JACCOUD, Luciana. **Instrumentos de coordenação e relações intergovernamentais**. In: JACCOUD, Luciana (Org.). *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: IPEA, 2020. p. 37-52.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Editora Alínea, 2016.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. *Welfare State e Desenvolvimento*. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, vol.54,n. 1, 2011, p.129-156.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LEFF, Julian; WARNER, Richard. *Social Inclusion of People With Mental Illness*. New York: Cambridge University Press, 2006. 204 p.

LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Nova York: Russel Sage Foundation, 1980.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. *Saúde Debate*: Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 87-97, 2016.

LOTTA, Gabriela S.; VAZ, José C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília, nº 66, vol. 2, p. 171-194, 2015.

_____; FAVARETO, Arilson. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, vol. 24, nº 57, 2016.

MACHADO, Roberto. LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma**: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar,1967.p.57-114

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. **Entrevista do Mês de Julho de 2019**. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/abd1e771bec03238e59d0301ff8da97e/1/> Acesso em 7 set. 2021.

PACHECO, Milena Leal. **Saúde mental e economia solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão**. Dissertação de Mestrado. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB. Instituto de Psicologia – IP Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica E Cultura – PCL. Brasília, p. 181, 2013.

PIRES, Roberto R. C.; GOMIDE, Alexandre A. Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento. Brasília, **IPEA**. Texto para Discussão nº 1940, 2014.

PORTELLI, Alessandro. **A Filosofia e os Fatos: narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais**. Tempo, Rio de Janeiro, vol. 1, nº. 2, 1996, pp. 59-72.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Núcleo de Cidadania da Câmara Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.cmbh.mg.gov.br/servicos/sine#:~:text=O%20posto%20do%20Sistema%20Nacional,ao%20cidad%C3%A3o%20a%20emiss%C3%A3o%20da>>. Acesso em 20 ago. 2021.

_____ ; PBH auxilia empregos para portadores de sofrimento mental.

Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-auxilia-empregos-para-portadores-de-sofrimento-mental#:~:text=Portadores%20de%20sofrimento%20mental%20conquistam,beneficia%2080%20pessoas%20em%20BH>>. Acesso em 20 jan. 2021.

_____ ; Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. 2020. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saudemental>> . Acesso em: 20 jan. 2021.

_____ ; Secretaria Municipal de Saúde. ALMEIRA, Daniela T.; AMORIM, Giselle C.F.A. BOAVENTURA, Sandro. PAIVA, Maíra. (org.) **Vida em comum: fundamentos, cotidiano e encontros dos Centros de Convivência com a cidade**. 1.ed. Belo Horizonte: Ramallete,2022.

REDE CIDADÃ. Rede cidadã: vida e trabalho, um só valor. Disponível em: <<https://www.redecidada.org.br/>>. Acesso em 20 ago. 2021.

ROTELLI, F; Leonardis, O; MAURI, D; RISIO, C; NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Desinstitucionalizacao**. São Paulo. Hucitec, 1990. 2ed. p.112.

SALEJ HIGGINS, Silvio; ARDILA PINTO, Ana Marcela; BRAGATO, Josiane. Autonomía integrada y el poder discrecional de las burocracias: evidencias de un programa de riesgo geológico en Belo Horizonte, Brasil. **Estud. sociol, Ciudad de México** , v. 34, n. 101, p. 353-381, agosto 2016 . Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-64422016000200353&lng=es&nrm=iso>. Acesso: 25 oct. 2021.

SANTOS, Lígia Burgelli Herano. **Inclusão Social pelo Trabalho: estudo comparativo entre as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da Inglaterra**. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo – USP. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem. São Paulo - SP, p.123. 2016.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Causa, impedimento, deficiência e incapacidade, segundo a inclusão. **Revista Reação**, São Paulo, ano XIV, n. 87, jul./ago. 2012, p. 14-16.

SENAC, SERVIÇO NACIONAL DO COMÉRCIO. O Senac. Disponível em: <https://www.mg.senac.br/paginas/osenac.aspx> Acesso em 20 mar.2023.

SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, Martinho Braga Batista e. De Paciente a Causo: Uma etnografica com egressos de internação Psiquiátrica. **Ciencia & Saude Coletiva**, 2015. Vol.20(2), p.353(20).

SILVEIRA, Patrícia Siqueira; FIUZA, Breno. Possibilidade de Trabalho Para Pessoas com Esquizofrenia In: MANTOVANI, L; SALGANDO, J. (Org.) **Vamos falar sobre esquizofrenia?** Artesã: 1ª ed.2020

TRAPÉ, Thiago Lavras. **Rede de Atenção à Saúde Mental. Estudo Comparado Brasil-Catalunha**. Tese (Doutorado). Universidade de Campinas – UNICAMP, Faculdades de Ciências Médicas, Campinas, p.100, 2015.

WELLS, John S. G. *Priorities, 'street level bureaucracy' and the community mental health team*. MSc BA(Hons) PGDip(Ed) RN Department of Nursing Studies, King's College London, London, UK (1996). Disponível em: <https://www.academia.edu/6900918/Priorities_Street_Level_Bureaucracy_and_the_Community_Mental_Health_Team>. Acesso em 20 ago. 2021

|

ANEXO A – Roteiro de Entrevistas aos ‘Burocratas de Nível de Rua’

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
 DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – NÍVEL DOUTORADO

**TRABALHO AINDA QUE TAN TAN:
 OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA LINHA DE FRENTE E A
 INCLUSÃO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL NO MERCADO FORMAL
 DE TRABALHO.**

AUTORA: Liliam M. Campos Costa

ORIENTADOR: Professor Dr. Silvio Segundo Salej Higgins

OBJETIVO: Compreender e explicar os determinantes do Projeto de Inclusão Produtiva do Sujeito em Sofrimento Mental no Mercado Formal de Belo Horizonte (MG) através do trabalho dos funcionários da linha de frente responsáveis pela implementação.

ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Nome: _____

Instituição: _____

Função: _____

Local e Data: _____

Bloco 1 – Escassez de Recursos e Uso do Poder Discricionário

1. Em relação ao Projeto de Inclusão Produtiva no Mercado Formal de Trabalho, quem são os beneficiários? Quais as condições devem cumprir para serem aceitos?
2. Quanto à sua rotina de trabalho, quais atividades você realiza que têm relação com o Projeto de Inclusão Produtiva?
3. Quais recursos (físicos ou informações) que você utiliza para selecionar os usuários para o Projeto de Inclusão?
4. Você acompanha os sujeitos encaminhados ao trabalho? Se sim, como?
5. Você mobiliza parceiros para o Projeto? Se sim, quais são eles? Como são essas mobilizações?

6. Quantos usuários você encaminhou? Como contribuiu para sua inserção?

Bloco 2 – Desequilíbrio: O Ideal e o Real

1. Como você percebe o Projeto de Inclusão? Por quê?
2. Quais são os potenciais do Projeto? O que você realiza para ampliá-los?
3. Quais são as dificuldades você encontra para executar o Projeto? Na sua opinião, como superar os desafios?
4. Dos usuários encaminhados por você e sua equipe, quantos desistiram da experiência? A que você atribui essa desistência?

Bloco 3 – Vínculos e Influência do Movimento Social

1. Você é militante ou simpatizante de algum movimento social? Se sim, qual o vínculo você tem com o movimento?
2. Se sim para questão 1, isso influencia o seu trabalho no Projeto de Inclusão? Por quê?