

## Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional

Mental disorders and participation in the labor market: a multicenter national study in Brazil

Trastornos mentales e inserción en el mercado de trabajo: un estudio multicéntrico nacional en Brasil

Ada Ávila Assunção <sup>1</sup>

Eduardo de Paula Lima <sup>1</sup>

Mark Drew Crosland Guimarães <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00166815

### Resumo

*Objetivou-se explorar a relação entre inserção no mercado de trabalho e as características de pacientes da amostra representativa de 2.475 adultos internados em 26 instituições brasileiras de saúde mental (15 Centros de Atendimento Psicossocial e 11 hospitais). Características sociodemográficas, clínicas e comportamentais foram obtidas de entrevistas estruturadas. Regressão multinomial foi utilizada. Maior probabilidade de afastamento temporário do mercado de trabalho foi observada em pacientes do sexo feminino, solteiros, divorciados ou viúvos, sem moradia estável e internados ou tratados pela primeira vez antes dos 18 anos de idade. Maior probabilidade de afastamento definitivo do mercado de trabalho foi observada entre os mais velhos. Afastamento temporário ou definitivo foi diretamente associado à baixa escolaridade, ao número de internações ao longo da vida e ao diagnóstico de transtorno mental grave; e inversamente associado ao uso de álcool e drogas. As vulnerabilidades ocupacionais identificadas suscitam o debate sobre a formulação de políticas setoriais.*

*Mercado de Trabalho; Transtornos Mentais; Estudo Multicêntrico*

### Correspondência

A. A. Assunção

Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.  
Av. Alfredo Balena 190, 6º andar, sala 630, Belo Horizonte, MG 30310-450, Brasil.  
adavila@medicina.ufmg.br

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.



## Introdução

Evidências em escala mundial indicam uma relação direta entre adoecimento mental e desemprego, subemprego ou aposentadoria precoce. Tanto a chance de estar empregado quanto o número de horas trabalhadas e de oportunidades de treinamento é significativamente menor no grupo de indivíduos com transtornos mentais <sup>1</sup>.

Desemprego e subemprego são determinantes sociais da saúde, pois tais condições afetam por diferentes vias a vida dos trabalhadores, das famílias e das comunidades em geral <sup>2</sup>. Tais relações apresentam efeito bidirecional <sup>3</sup>. Os quadros de transtornos mentais são incapacitantes (temporária ou definitivamente) <sup>4</sup>, tendo sido verificadas maiores taxas de absenteísmo entre aqueles que padecem de tais morbidades <sup>5</sup>. Se a ocorrência for precoce, serão menores as chances de iniciar, prosseguir ou de se manter ativo numa profissão, haja vista os déficits de formação por causa das perturbações sofridas no desenvolvimento da etapa escolar <sup>6</sup>. Sintomas de depressão em indivíduos ativos na linha de base foram preditores de desemprego nos anos seguintes <sup>7</sup>.

Em homens dos Estados Unidos, casos incidentes, reincidentes ou persistentes de depressão maior foram associados à maior chance de subemprego e desemprego ou afastamento definitivo do mercado de trabalho. Os casos de remissão recente de sintomas (há menos de um ano) foram associados à maior chance de trabalho parcial e desemprego. Em amostra de mulheres as desvantagens foram mais marcantes se comparadas aos homens no tocante à inserção no mercado de trabalho para todos os casos, com exceção dos casos persistentes <sup>8</sup>.

No Brasil, entre 2007-2009, 465.932 empregados estavam afastados, recebendo benefício da Previdência Social, devido ao diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais. No triênio 2010-2012, a cifra diminuiu, 448.702 afastamentos. Em ambos os triênios, o referido grupo de diagnósticos ocupou o segundo lugar no *ranking* dos afastamentos ativos, atrás das doenças do sistema osteomuscular, e na frente das doenças do aparelho circulatório <sup>9,10</sup>.

Nos últimos anos, estudos epidemiológicos no país examinaram as relações saúde, trabalho e emprego. Foram identificadas prevalências elevadas de morbidades psíquicas em trabalhadores de determinada área urbana <sup>11</sup> e em categorias profissionais específicas: médicos <sup>12</sup>, eletricitários <sup>13</sup>, agentes comunitários de saúde <sup>14</sup>, professores <sup>15</sup>, entre outros. Ainda sobre as relações entre saúde mental e trabalho, estudos examinaram os efeitos das relações informais de emprego <sup>16</sup>, dos turnos alternados <sup>17</sup> e da reestruturação produtiva <sup>18</sup>. Análises dos afastamentos <sup>19</sup> e do retorno <sup>20</sup> de trabalhadores diagnosticados com transtornos mentais foram publicadas.

Apesar dos avanços no campo de pesquisa, não foram encontrados resultados sobre os vínculos de emprego daqueles que se encontram em tratamento psiquiátrico. Tal lacuna amplia as indagações no referido campo, uma vez reconhecida a influência positiva da inserção do emprego sobre a saúde mental <sup>21</sup>. Com o intuito de preencher essa lacuna, o presente estudo focalizou pacientes internados em hospitais psiquiátricos e acompanhados em ambulatórios de saúde mental no país. O objetivo foi investigar se características individuais estão associadas ao tipo de inserção no mercado de trabalho. Examinou-se a seguinte hipótese: pacientes com quadros psiquiátricos graves, histórico de internação psiquiátrica e cujos sintomas psiquiátricos iniciaram na infância ou adolescência teriam menor chance de ingresso e permanência no mercado.

## Métodos

O presente estudo é parte do Projeto PESSOAS (*Pesquisa em Soroprevalência de AIDS na Saúde Mental*). Trata-se de um estudo transversal multicêntrico nacional realizado em 2006 com foco em adultos usuários de serviços de saúde mental no Brasil. Os participantes foram recrutados em 26 unidades públicas de saúde mental cadastradas no Ministério da Saúde, incluindo 11 hospitais psiquiátricos (internação) e 15 serviços ambulatoriais de saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A amostra foi proporcional ao tipo de unidade de saúde mental no país (hospital = 38%; CAPS = 62%). Para cada tipo de unidade, o tamanho amostral foi proporcional ao número de casos de AIDS

por região do país: 2% na Região Norte, 9% na Nordeste, 16% na Sul, 69% na Sudeste e 5% na Centro-oeste. Ademais, no intuito de garantir uma ampla representação de adultos com transtornos mentais usuários dos serviços, a seleção foi independente do diagnóstico psiquiátrico. A amostra total (N = 2.475) foi obtida com utilização de uma estratégia de amostragem em dois estágios. Primeiro, as unidades foram selecionadas de forma aleatória e proporcional (número de leitos para os hospitais; número de pacientes registrados para os CAPS). No segundo passo, os pacientes foram selecionados por amostragem aleatória simples <sup>22</sup>.

Os critérios de elegibilidade para inclusão no estudo foram: ter 18 anos ou mais, estar em tratamento psiquiátrico em hospitais ou CAPS, ser capaz de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de responder ao instrumento de coleta de dados (aplicação face a face). A capacidade dos participantes de entender os objetivos do estudo foi avaliada preliminarmente por meio do *Mini-Mental State Examination* adaptado (brief-MMSE). O projeto foi aprovado por cada instituição local (CAPS e hospitais), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 125/03) e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP 592/2006). A coleta de dados foi realizada por profissionais de saúde treinados, após teste e validação do instrumento em um estudo piloto <sup>22</sup>. O desfecho (“inserção no mercado de trabalho”) foi avaliado por meio de duas questões: “Você teve alguma renda/remuneração nos últimos 6 meses?” e “A sua principal fonte de renda foi de (aquela que você recebeu maior remuneração)?”. A primeira questão permitiu identificar o grupo que obteve renda no período indicado. A segunda, ao identificar a fonte da renda, permitiu discriminar o tipo de inserção do sujeito no mercado de trabalho. As respostas subsidiaram a elaboração dos três níveis da variável desfecho: (1) inseridos no mercado de trabalho – aqueles que informaram receber salário mensal, renda temporária ou na condição de autônomo; (2) afastados temporariamente do mercado – aqueles licenciados por problemas de saúde que declararam possuir renda relacionada à ajuda de familiares ou amigos, pensão, ou benefício originado do Estado, dentre outros; e também aqueles que não declararam renda; (3) afastados definitivamente do mercado de trabalho – aqueles aposentados por invalidez.

As demais variáveis foram classificadas em três blocos: (1) características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, cor, tipo de moradia e história de ter morado na rua); (2) saúde geral e hábitos de vida (presença de outros problemas de saúde, tabagismo e uso de substâncias psicoativas – álcool e drogas); (3) variáveis clínicas (registro de medicação para contenção física, histórico de internação ao longo da vida, unidade de atendimento, idade da primeira internação ou início do tratamento e diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental grave). Informações sobre outros problemas de saúde foram obtidos por meio de autorrelato enquanto os diagnósticos psiquiátricos foram obtidos de prontuários médicos e codificados segundo os critérios da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) <sup>23</sup>. No caso de mais de um diagnóstico registrado, eles foram hierarquicamente classificados de acordo com a gravidade, da seguinte forma: (1) transtornos psicóticos; (2) transtorno bipolar; (3) depressão com sintomas psicóticos; (4) depressão; (5) ansiedade; (6) transtorno por uso de substâncias; e, (7) outros (e.g., transtorno do humor, de personalidade e de comportamento, epilepsias). Para fins desta análise, os diagnósticos (1), (2) e (3) (CID-10: F20.0-F29; F31.0-F31.9 ou F32.3) foram agrupados e classificados como transtornos mentais graves. O uso de substâncias foi hierarquicamente classificado em nunca ter usado álcool ou drogas ilícitas, somente álcool, drogas ilícitas exceto injetáveis e, por último, drogas injetáveis.

Inicialmente, foi conduzida uma análise descritiva. Essa etapa incluiu o cálculo de médias e desvios padrão para variáveis contínuas e discretas e porcentagens para variáveis ordinais e nominais. As associações entre as variáveis explicativas e a inserção no mercado de trabalho (estar afastado temporária ou definitivamente do trabalho) foram avaliadas por meio de regressão logística multinomial (uni e multivariada). A categoria “estar inserido no mercado de trabalho (trabalhando nos últimos seis meses)” foi usada como referência. A magnitude das associações foi estimada pela razão de chances (*odds ratio* – OR) com intervalo de 95% de confiança (IC95%).

Na análise univariada, todas as variáveis associadas aos desfechos a um valor de  $p < 0,20$  foram incluídas nas análises multivariadas por blocos (modelos intermediários). Na sequência, nas análises por blocos (bloco 1 – características sociodemográficas; bloco 2 – saúde geral e hábitos de vida; bloco 3 – variáveis clínicas), adotou-se como critério um valor de  $p < 0,10$  para retirada manual de variáveis (procedimento de eliminação *backward*). Por fim, foi realizada a análise multivariada final com todas as

variáveis associadas ao desfecho nos modelos por blocos. Foi utilizado o procedimento de eliminação *backward* com retirada manual, e somente permaneceram no modelo final aquelas variáveis com  $p < 0,05$ . Vale notar que o valor de  $p$  foi menos estrito nas análises univariadas ( $p < 0,20$ ), sendo reduzido gradativamente nas etapas seguintes ( $p < 0,10$  e  $p < 0,05$ ). O objetivo de tal estratégia foi evitar a exclusão inadequada de variáveis potencialmente associadas aos desfechos no modelo final. Para avaliar o ajuste dos modelos, foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow para cada nível da variável dependente. As análises foram realizadas no Stata, versão 8.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos).

## Resultados

As características sociodemográficas, clínicas e ocupacionais da amostra ( $N = 2.475$ ) são apresentadas na Tabela 1. A maioria é composta por participantes do sexo feminino, brancos, com mais de 40 anos de idade, vivendo sem companheiro (solteiros, divorciados ou viúvos). A escolaridade formal é baixa (49,1% frequentaram a escola por menos de cinco anos). Predominam os pacientes que vivem em moradia estável e sem histórico de morar na rua.

Quanto às variáveis clínicas e situação de saúde, destaca-se a alta prevalência de tabagismo (52,4%) e histórico de uso de substâncias psicoativas (67,7%), incluindo álcool e drogas ilícitas. Quase metade dos participantes relatou ter sido diagnosticado com algum outro problema de saúde. A maioria (54%) possui histórico de internação psiquiátrica e não recebeu indicação de medicação para contenção física e recebiam tratamento em CAPS; 15,8% dos respondentes foram internados pela primeira vez ou receberam o primeiro tratamento em CAPS após os 18 anos de idade. Observa-se ainda que a maioria dos pacientes foi diagnosticada com algum transtorno mental grave (Tabela 1).

A análise das informações sobre renda e ocupação permitiu identificar a situação dos participantes no mercado de trabalho. Quatrocentos e quarenta (17,8%) relataram estar inseridos no mercado de trabalho: 184 estavam empregados (com salário mensal) e 256 atuavam em algum tipo de trabalho temporário ou na condição de autônomo. Quase metade dos participantes (46,6%) negou qualquer fonte de renda individual no período indicado ou obteve renda não relacionada à atividade laboral (por exemplo, auxílio do Estado, pensão, auxílio de familiares). Por fim, 881 (35,6%) afirmaram receber benefício ou aposentadoria por invalidez. A Tabela 1 apresenta ainda outras informações sobre renda, tipo de atividade profissional e aposentadoria.

A análise univariada (Tabela 2) indicou associações estatisticamente significativas entre afastamento temporário do mercado de trabalho e sexo (OR = 1,97 para mulheres), escolaridade (OR = 2,1 para  $< 5$  anos), estado civil (OR = 1,53 para solteiros, divorciados ou viúvos), tipo de moradia (OR = 3,00 para situação instável), uso de substâncias psicoativas (OR = 0,55 para apenas álcool; OR = 0,46 para outras drogas não injetáveis), histórico de internação (OR = 2,20), idade de início do primeiro tratamento ou internação (OR = 2,67 para menos de 18 anos) e diagnóstico psiquiátrico (OR = 2,15 para transtorno mental grave).

Quanto ao afastamento definitivo, encontraram-se associações significativas com idade (OR = 2,22 para  $> 40$  anos), escolaridade (OR = 1,78 para  $< 5$  anos), estado civil (OR = 1,36 para solteiros, divorciados ou viúvos), tipo de residência (OR = 1,74 para moradia instável), uso de substâncias psicoativas (OR = 0,60 para apenas álcool; OR = 0,50 para outras drogas não injetáveis), local de atendimento (OR = 1,81 para CAPS), histórico de internação (OR = 4,17), idade do início do tratamento ou primeira internação (OR = 2,61 para menos de 18 anos) e diagnóstico (OR = 2,81 para transtorno mental grave).

A análise multivariada intermediária indicou uma maior chance de estar temporariamente afastado do mercado de trabalho (sem trabalhar nos últimos seis meses) entre pacientes do sexo feminino (OR = 2,54; IC95%: 1,99-3,23), menos escolarizados (OR = 2,10; IC95%: 1,65-2,66), solteiros, divorciados ou viúvos (OR = 1,93; IC95%: 1,50-2,49), sem residência estável (OR = 2,70; IC95%: 1,74-4,18), histórico de internação ao longo da vida (OR = 1,34; IC95%: 1,03-1,7), cujo primeiro episódio de internação antes dos 18 anos (OR = 2,34; IC95%: 1,53-3,59) e com diagnóstico de transtorno mental grave (OR = 1,99; IC95%: 1,57-2,53). Fazer uso de álcool (OR = 0,57; IC95%: 0,42-0,74), drogas não injetáveis (OR = 0,38; IC95%: 0,28-0,53) e drogas injetáveis (OR = 0,37; IC95%: 0,17-0,81) diminuiu a chance de estar sem trabalhar nos últimos seis meses.

**Tabela 1**

Análise descritiva das características sociodemográficas, clínicas, comportamentais, renda e ocupação. Projeto PESSOAS, 2006 (N = 2.475).

Variáveis	n	%
<b>Variáveis sociodemográficas</b>		
Sexo	2.475	
Masculino	1.198	48,4
Feminino	1.277	51,6
Idade (anos)	2.475	
< 40	1.196	48,3
> 40	1.279	51,7
Escolaridade (anos)	2.454	
> 5	1.248	50,9
< 5	1.206	49,1
Estado civil	2.465	
Casado/União estável	812	32,9
Solteiro/Divorciado/Viúvo	1.653	67,1
Raça/Cor da pele	2.457	
Branca	1.273	51,8
Preta/Parda	1.184	48,2
Moradia	2.471	
Estável	2.165	87,6
Instável	306	12,4
Morou na rua	2.471	
Não	2.027	82,0
Sim	444	18,0
<b>Variáveis clínicas e situação de saúde</b>		
Tabagismo (atual)	2.471	
Não	1.176	47,6
Sim	1.295	52,4
Uso de substâncias	2.461	
Nenhuma droga	794	32,3
Apenas álcool	1.040	42,2
Qualquer droga (exceto drogas injetáveis)	568	23,1
Drogas injetáveis	59	2,4
Outro problema de saúde	2.450	
Não	1.341	54,7
Sim	1.109	45,3
Unidade de atendimento	2.475	
Hospital	898	36,3
CAPS	1.577	63,7
Medicação para contenção física	2.446	
Não	2.266	92,6
Sim	180	7,4
Internação	2.459	
Não	1.025	41,7
Sim	1.434	58,3
Idade da primeira internação ou tratamento em CAPS (anos)	2.119	
> 18	1.785	84,2
< 18	334	15,8
Transtorno mental grave (transtorno afetivo bipolar/psicose)	2.475	
Não	1.072	43,3
Sim	1.403	56,7

(continua)

**Tabela 1 (continuação)**

Variáveis	n	%
<b>Informações sobre renda e ocupação</b>		
Fonte de renda	1.533	
Emprego (salário mensal)	184	12,0
Trabalho temporário / autônomo	256	16,7
Benefício ou aposentadoria por problema de saúde	881	57,5
Pensão (divórcio/cônjuge falecido)	77	5,0
Auxílio do Estado (Bolsa Família/Bolsa CAPS/LOAS)	90	5,8
Outros	58	2,9
Renda individual (salários mínimos no último mês) *	1.398	
< 1	986	70,5
> 1	412	29,5
Renda individual que fica com o participante	1.462	
Tudo	850	58,1
Parte	393	26,9
Nada	219	15,0
Principal ocupação (últimos 6 meses)	390	
Trabalhador rural (boia fria, plantador, colhedor, criador de animais)	67	17,2
Empregado doméstico (caseiro, faxineiro, diarista, babá)	56	14,4
Trabalhador do comércio (varejista, vendedor, atendente, balconista)	31	8,0
Ajudante de obras civis (servente, operador de equipamentos)	23	5,9
Trabalhador de serviços de limpeza de áreas públicas (lixeiro, gari)	13	3,3
Trabalhador nos serviços de embelezamento e higiene (manicure, cabeleireiro)	13	3,3
Outros	187	47,9
Tempo que recebe aposentadoria ou benefício (anos)	814	
< 2	205	25,2
2-3	240	29,5
> 4	369	45,3

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social.

\* Salário mínimo vigente à época do estudo R\$ 350,00.

A análise por blocos para afastamento definitivo do mercado de trabalho (aposentadoria por invalidez) mostrou que o desfecho é mais frequente no grupo de pacientes mais velhos (OR = 2,14; IC95%: 1,68-2,73), solteiros, divorciados ou viúvos (OR = 1,56; IC95%: 1,22-2,00), com menor escolaridade (OR = 1,54; IC95%: 1,21-1,97), histórico de internação ao longo da vida (OR = 2,88; IC95%: 2,21-3,75) e diagnóstico de transtorno mental grave (OR = 2,19; IC95%: 1,69-2,83). Fazer uso de álcool (OR = 0,58; IC95%: 0,43-0,79), drogas não injetáveis (OR = 0,34; IC95%: 0,24-0,9) e drogas injetáveis (OR = 0,37; IC95%: 0,17-0,81) também diminuiu a chance de estar aposentado por invalidez. Para os dois desfechos, as mesmas variáveis dos modelos intermediários permaneceram nos modelos multivariados finais como preditores independentes (Tabela 3).

## Discussão

O estudo nacional, de caráter multicêntrico, focalizou uma amostra de pacientes em tratamento psiquiátrico, visando examinar se eles estavam inseridos no mercado de trabalho. Constatou-se que apenas a minoria estava ocupada, dentre ela predominavam os trabalhadores rurais e os empregados domésticos. A renda obtida com o trabalho era baixa e muitas vezes subtraída do paciente por alguém próximo a ele. Quanto aos fatores associados, maior chance de afastamento temporário foi encontrada entre as mulheres, no grupo dos solteiros, divorciados ou viúvos, entre aqueles que informaram residência instável. Histórico de internação psiquiátrica ao longo da vida, diagnóstico mais grave, primeiro tratamento ou internação ocorridos antes da maioridade também foram associados

Tabela 2

Análise multinomial univariada para situação de emprego. Projeto PESSOAS, 2006 (N = 2.475).

Variáveis	Total	Trabalhando n (%)	Não trabalhando n (%)	OR (IC95%) *	Valor de p	Aposentado n (%)	OR (IC95%) *	Valor de p
<b>Variáveis sociodemográficas</b>								
Sexo	2.475	440	1.154			881		
Masculino	1.198	252 (21,0)	468 (39,1)	1,00		478 (39,9)	1,00	
Feminino	1.277	188 (14,7)	686 (53,7)	1,97 (1,57-2,45)	< 0,001	403 (31,6)	1,13 (0,90-1,42)	0,299
Idade (anos)	2.475	440	1.154			881		
< 40	1.196	251 (21,0)	615 (51,4)	1,00		330 (27,6)	1,00	
> 40	1.279	189 (14,8)	539 (42,1)	1,16 (0,93-1,45)	0,179	551 (43,1)	2,22 (1,76-2,80)	< 0,001
Escolaridade (anos)	2.454	439	1.142			873		
> 5	1.248	282 (22,6)	527 (42,2)	1,00		439 (35,2)	1,00	
< 5	1.206	157 (13,0)	615 (51,0)	2,10 (1,67-2,64)	< 0,001	434 (36,0)	1,78 (1,40-2,25)	< 0,001
Estado civil	2.465	438	1.149			878		
Casado/União estável	812	175 (21,6)	349 (43,0)	1,00		288 (35,5)	1,00	
Solteiro/Divorciado/ Viúvo	1.653	263 (15,9)	800 (48,4)	1,53 (1,21-1,92)	< 0,001	590 (35,7)	1,36 (1,07-1,73)	0,011
Raça/Cor da pele	2.457	440	1.141			876		
Branca	1.273	236 (18,5)	584 (45,9)	1,00		453 (35,6)	1,00	
Preta/Parda	1.184	204 (17,2)	557 (47,0)	1,10 (0,89-1,38)	0,382	423 (35,7)	1,08 (0,86-1,36)	0,51
Moradia	2.471	440	1.151			880		
Estável	2.165	413 (19,1)	962 (44,4)	1,00		790 (36,5)	1,00	
Instável	306	27 (8,8)	189 (61,8)	3,00 (1,98-4,57)	< 0,001	90 (29,4)	1,74 (1,12-2,72)	0,015
Morou na rua	2.471	440	1.154			877		
Não	2.027	366 (18,1)	947 (46,7)	1,00		714 (35,2)	1,00	
Sim	444	74 (16,7)	207 (46,6)	1,08 (0,81-1,45)	0,6	163 (36,7)	1,13 (0,83-1,53)	0,431
<b>Variáveis clínicas e situação de saúde</b>								
Tabagismo (atual)	2.471	439	1.153			879		
Não	1.176	213 (18,1)	559 (47,5)	1,00		404 (34,4)	1,00	
Sim	1.295	226 (17,4)	594 (45,9)	1,00 (0,80-1,25)	0,989	475 (36,7)	1,11 (0,88-1,39)	0,38
Uso de substâncias	2.461	440	1.154			881		
Nenhuma droga	794	96 (12,1)	406 (51,1)	1,00		292 (36,8)	1,00	
Apenas álcool	1.040	202 (19,4)	468 (45,0)	0,55 (0,42-0,72)	< 0,001	370 (35,6)	0,60 (0,45-0,80)	0,001
Qualquer droga (exceto injetáveis)	568	127 (22,4)	249 (43,8)	0,46 (0,34-0,63)	< 0,001	192 (33,8)	0,50 (0,36-0,69)	< 0,001
Drogas injetáveis	59	12 (20,3)	24 (40,7)	0,47 (0,23-0,98)	0,044	23 (39,0)	0,63 (0,30-1,31)	0,218
Outro problema de saúde	2.450	437	1.130			875		
Não	1.341	238 (17,8)	670 (50,0)	1,00		433 (32,3)	1,00	
Sim	1.109	199 (17,9)	468 (42,2)	0,83 (0,67-1,04)	0,113	442 (39,9)	1,22 (0,97-1,54)	0,089
Unidade de atendimento	2.475	440	1.154			881		
Hospital	898	184 (20,5)	464 (51,7)	1,00		250 (27,8)	1,00	
CAPS	1.577	256 (16,2)	690 (43,8)	1,06 (0,86-1,34)	0,559	631 (40,0)	1,81 (1,43-2,30)	< 0,001

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	Total	Trabalhando n (%)	n (%)	Não trabalhando OR (IC95%) *	Valor de p	n (%)	Aposentado OR (IC95%) *	Valor de p
Medicação para contenção física	2.446	433	1.129			875		
Não	2.266	409 (18,1)	1.049 (46,3)	1,00		808 (35,7)	1,00	
Sim	180	24 (13,3)	89 (49,4)	1,45 (0,91-2,30)	0,12	67 (37,2)	1,41 (0,87-2,29)	0,159
Internação	2.459	440	1.154			881		
Não	1.025	257 (25,1)	498 (48,6)	1,00		270 (26,3)	1,00	
Sim	1.434	180 (12,5)	648 (45,2)	2,20 (1,61-3,00)	< 0,001	606 (42,3)	4,17 (3,02-5,73)	< 0,001
Idade da primeira internação ou tratamento em CAPS (anos)	2.119	411	974			730		
> 18	1.785	380 (21,3)	803 (45,0)	1,00		602 (33,7)	1,00	
≤ 18	334	31 (9,3)	175 (52,4)	2,67 (1,79-3,99)	< 0,001	128 (38,3)	2,61 (1,72-3,94)	< 0,001
Transtorno mental grave (transtorno afetivo bipolar/ psicose)	2.475	440	1.145			881		
Não	1.072	269 (25,1)	487 (45,4)	1,00		316 (29,5)	1,00	
Sim	1.403	171 (12,2)	667 (47,5)	2,15 (1,72-2,70)	< 0,001	565 (40,3)	2,81 (2,22-3,56)	< 0,001

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

\* OR (IC95%) comparando com aqueles que estavam trabalhando nos últimos seis meses.

ao afastamento temporário do trabalho. A aposentadoria por invalidez foi mais frequente entre os mais velhos, no grupo que frequentou a escola por menos de cinco anos, no grupo com histórico de internação em hospitais psiquiátricos e entre aqueles diagnosticados com transtornos mais graves. De forma surpreendente, a chance de não estar inserido no mercado de trabalho (afastado temporária ou definitivamente por invalidez) foi menor entre pacientes que relataram fazer uso de álcool e drogas não injetáveis.

No Brasil, há carência de estudos interessados em examinar a situação de emprego em grupos diagnosticados com doenças mentais. Vale lembrar que a maioria dos resultados sobre saúde mental e trabalho diz respeito a grupos de trabalhadores ativos<sup>11,12,13,14,15,16,17</sup>, sendo frequentemente examinadas associações com sintomas psiquiátricos vagos e inespecíficos (transtornos mentais comuns, na maioria dos estudos). Dessa feita, não se tem resultados versando sobre a inserção no mercado de trabalho quando o quadro clínico implica incapacidade no plano psicossocial ou manifesta ruptura com a realidade, ambas condições comuns entre os pacientes sob tratamento psiquiátrico. Em vigência de tais manifestações, os indivíduos encontrariam fortes barreiras para ingressar ou permanecer no mercado de trabalho, quer pelos preconceitos vigentes em processos seletivos<sup>21</sup>, quer pelas repercussões sobre as habilidades profissionais. Nesse polo, situa-se a relevância dos resultados que esclareceram sobre os fatores associados à chance de estar ou não ocupado.

Sobre a maior chance de afastamento temporário do trabalho no grupo das mulheres, o resultado é coerente com o perfil da força de trabalho no Brasil. O nível de ocupação (percentual de pessoas que exerceram trabalho, remunerado ou sem remuneração em relação às pessoas de dez anos ou mais de idade) das mulheres (44,3%), em 2015, foi inferior ao dos homens (61%), mantendo a tendência verificada em todo período analisado (2003 a 2015)<sup>24</sup>. No caso das mulheres, é provável que a menor chance de inserção no mercado de trabalho tenha relação com os efeitos da divisão sexual no trabalho doméstico. A mulher, ao assumir as múltiplas responsabilidades que são requeridas pelas tarefas da casa e pelos familiares, se vê constrangida para assumir as responsabilidades de um emprego<sup>25</sup>.



**Tabela 3**

Análise multinomial multivariada (modelo final) para situação de emprego. Projeto PESSOAS, 2006 (N = 2.475).

Variáveis	Não trabalhando *		Aposentado *	
	OR (IC95%) **	Valor de p	OR (IC95%) ***	Valor de p
Sexo				
Masculino	1,00			
Feminino	2,56 (1,96-3,36)	< 0,001		
Idade (anos)				
< 40			1,00	
> 40			2,07 (1,60-2,70)	< 0,001
Escolaridade (anos)				
> 5	1,00		1,00	
< 5	2,09 (1,63-2,69)	< 0,001	1,52 (1,17-1,97)	0,002
Estado civil				
Casado/União estável	1,00			
Solteiro/Divorciado/Viúvo	1,48 (1,13-1,94)	0,004		
Moradia				
Estável	1,00			
Instável	2,31 (1,47-3,63)	< 0,001		
Uso de substâncias (score)				
Nenhuma droga	1,00		1,00	
Apenas álcool	0,67 (0,49-0,90)	0,008	0,60 (0,44-0,82)	0,001
Qualquer droga (exceto injetáveis)	0,59 (0,41-0,84)	0,003	0,44 (0,31-0,63)	< 0,001
Drogas injetáveis	0,54 (0,24-1,23)	0,144	0,45 (0,20-0,99)	0,046
Internações				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,38 (1,05-1,81)	0,022	2,83 (1,96-4,09)	< 0,001
Idade da primeira internação ou tratamento em CAPS (anos)				
> 18	1,00			
< 18	3,39 (1,53-3,74)	< 0,001		
Transtorno mental grave (transtorno afetivo bipolar/psicose)				
Não	1,00		1,00	
Sim	2,04 (1,59-2,63)	< 0,001	2,49 (1,69-3,68)	< 0,001

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

\* Comparado com aqueles que estavam trabalhando nos últimos seis meses;

\*\* Hosmer-Lemeshow (não trabalhando) = 15,31 (p = 0,0534);

\*\*\* Hosmer-Lemeshow (aposentado) = 6,47 (p = 0,595).

Contudo, constata-se crescimento mais destacado no grupo das mulheres (3,8%) quando comparado ao grupo dos homens (0,1 p.p.) no mesmo período de referência <sup>24</sup>.

De fato, uma combinação de fatores favorece os homens, deixando as mulheres em prejuízo tanto para conseguir quanto para manter um emprego remunerado, especialmente no contexto de acirrada competição no mercado. Iniciativa, capacidade técnica e autonomia são exigências dos postos de trabalho na contemporaneidade que coincidem com os papéis socialmente atribuídos aos homens. Explica-se por essa via por que as mulheres raramente estão presentes em cargos que requerem tais características <sup>26</sup>. Aquelas que vencem a barreira se veem diante de um conflito entre o papel de trabalhadora e o papel de dona de casa, haja vista que a divisão sexual do trabalho doméstico lhes é desfavorável. Quanto à remuneração, em 2015, as brasileiras ganhavam em torno de 75,4% do rendimento recebido pelos brasileiros, tendência já verificada nos anos anteriores <sup>24</sup>. Enfrentar a discriminação e as desigualdades de condições no tocante à remuneração e à sobrecarga laboral pode ser uma barreira

insuperável quando as mulheres são portadoras de transtornos mentais<sup>25</sup>. Se for assim, os resultados obtidos não são surpreendentes.

Além dos aspectos socioeconômicos, sobre as mulheres que procuram emprego é possível recair com mais ênfase a barreira relacionada à representação social dos transtornos mentais. Os resultados das entrevistas com empresários indicaram a existência de atitudes e opiniões preconceituosas sobre os transtornos mentais, alimentando as restrições sociais quando se trata de empregar pessoas atingidas por tais problemas<sup>21</sup>.

Afastamento definitivo do mercado de trabalho foi evidenciado no grupo dos mais velhos. Haveria uma contradição a se levar em conta diante dos dados relacionados ao nível de ocupação por faixa etária no período de 2003 a 2015<sup>24</sup>. Em 2015, verificou-se queda do nível da ocupação nos grupos de pessoas abaixo de 18 anos de idade, se comparado aos dados de 2003. Não se constatou variação para o grupo de pessoas de 18 a 24 anos de idade, sendo positivas as variações nos grupos de 25 a 49 anos de idade (5,5 p.p.) e no de 50 anos ou mais de idade (1,8 p.p.). A falta de coerência entre esses dados nacionais e a amostra dos pacientes mais velhos em tratamento pode ser interpretada ao se tomar em conta os prejuízos da doença psiquiátrica, ao longo dos anos, no plano dos recursos físicos e emocionais. Isso pode valer ainda que contrarie os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a população geral. A associação entre idade e afastamento definitivo observado no modelo final (aposentadoria por invalidez) corrobora tal hipótese.

Maior chance de afastamento temporário e definitivo do mercado de trabalho foi observada no grupo menos escolarizado. Tomando mais uma vez o nível de ocupação da população brasileira, tem-se um resultado consistente. No período analisado, foi encontrado crescimento da participação de pessoas com 11 anos ou mais de estudo, dentre os ocupados. Esse indicador cresceu, em 2015, 19,8 p.p., em relação a 2003. O segmento com menos de 8 anos de estudo diminuiu, sendo a maior redução no contingente de trabalhadores sem instrução e com 1 a 3 anos de estudo na população ocupada<sup>24</sup>. Além das tendências do mercado de trabalho que atingem a todos, é possível que os portadores de transtorno mental menos escolarizados estejam menos equipados para enfrentar os seus sintomas e manterem-se ativos e ocupados. Sabe-se que a educação tem um efeito direto na saúde psicológica, pois influencia aspirações, fortalece a autoestima e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas<sup>27</sup>. Se for assim, os pacientes teriam menos recursos para disputar a vaga no mercado de trabalho.

Há diferentes explicações, todas de caráter empírico, para interpretar os efeitos do estado civil sobre a saúde mental. No grupo dos que vivem sem companheiro, geralmente, os recursos econômicos são insuficientes, a integração social é mais fraca e a percepção do sentido da vida é mais negativa do que entre aqueles que dividem a vida com alguém<sup>28</sup>. Todos esses fatores provavelmente exerceram um papel na diminuição das chances de ingresso e manutenção do emprego.

Residência estável pode ser um *proxy* da condição geral do paciente, pois refletiria tanto os aspectos materiais (recursos para alugar ou comprar e manter uma moradia) quanto sociais (vida em família, amparo dos parentes etc.)<sup>21,27</sup>. Ambos os aspectos tornariam os pacientes mais vulneráveis às suas manifestações clínicas, ou então elas teriam se agravado em situação de pobreza e de menor integração social que culminou em residência instável. No global, a referida dinâmica é convergente com a maior probabilidade de afastamento temporário do mercado de trabalho entre os respondentes com residência instável.

O grupo com diagnósticos mais graves teve menos chance de informar inserção no emprego, sendo consistente<sup>6</sup>. Similarmente, os participantes com histórico de internação durante a vida tiveram menos chance de informar inserção no trabalho. É possível que prejuízos na esfera da formação e da socialização tenham enfraquecido a construção de habilidades técnicas e competências sociais muito valorizadas no atual mercado de trabalho<sup>27,28,29</sup>. O estigma geralmente produzido quando o sujeito se submete a internações psiquiátricas é mais um fator a ser considerado na interpretação dos resultados descritos.

A idade precoce de início dos sintomas é um marcador reconhecido para gravidade de transtornos mentais<sup>30</sup>, sendo, na mesma direção da abordagem elaborada no parágrafo anterior, fator de vulnerabilidades ocupacionais. Quanto mais precoce o primeiro episódio ou surto de esquizofrenia, por exemplo, maiores são os danos cognitivos, comportamentais e sociais<sup>31</sup>, com prováveis efeitos sobre os recursos para se manter ocupado<sup>32</sup>. Tais evidências são a base para se interpretar a maior

probabilidade de afastamento temporário do mercado de trabalho no grupo cuja primeira internação ou primeiro atendimento em CAPS ocorreu antes dos 18 anos.

Na amostra estudada, o uso de álcool e drogas mostrou-se associado com a inserção no mercado de trabalho. Aparentemente, tal resultado é surpreendente porque tais substâncias trazem comprovados efeitos negativos sobre a saúde e sobre o emprego. Se uso de álcool e drogas pode funcionar como uma estratégia para enfrentar os efeitos do estresse ocupacional <sup>33</sup>, não se pode negar que há prejuízos acarretados a médio e longo prazo: perda do emprego, quebra dos laços com os colegas e maior duração do desemprego <sup>34</sup>. Não obstante, está registrada na literatura uma relação não linear entre álcool e saúde <sup>35</sup>.

Quanto à mortalidade, por exemplo, o uso moderado parece ser um fator de proteção: indivíduos que fazem uso moderado apresentam as taxas mais baixas; em contraposição, aqueles que fazem uso abusivo da substância apresentam as maiores taxas de mortalidade. Abstêmios apresentam taxas intermediárias. Tal padrão (em forma de J) <sup>35</sup> poderia explicar as associações não esperadas entre uso de álcool e inserção no mercado? É possível que o uso moderado da substância acarrete benefícios imediatos para o funcionamento psicossocial de pacientes psiquiátricos. Se for assim, estariam favorecendo a manutenção do emprego. Embora plausível, não foi possível aprofundar essas hipóteses. Vale ainda ressaltar que o delineamento transversal do Projeto PESSOAS pode ter enviesado os resultados que indicam uma associação entre inserção no mercado e uso de drogas. Em consequência, recomenda-se cautela na interpretação dos achados.

Ainda que tenha contribuído para conhecer a inserção de pacientes com transtornos mentais no mercado de trabalho brasileiro, o presente estudo apresenta limitações que precisam ser destacadas. O delineamento transversal limita inferências causais na interpretação dos resultados. Não é possível descartar a possibilidade de causalidade reversa, uma vez que o afastamento temporário ou definitivo do trabalho pode agravar o quadro de saúde geral dos indivíduos. Ademais, a exclusão dos casos mais graves pode ter contribuído para uma estimativa menos desfavorável no grupo em foco. Apesar disso, os procedimentos adotados para cálculo e aleatorização da amostra, validação do instrumento de coleta e treinamento da equipe favoreceram a validade do estudo. Vale ainda lembrar que foram incluídos, de forma proporcional, pacientes internados em hospitais psiquiátricos e em atendimento em serviços ambulatoriais (CAPS), favorecendo um conhecimento menos restrito da realidade dos serviços públicos de saúde mental no Brasil.

Os resultados apresentados sugerem alinhamentos na elaboração das políticas de emprego no país. Sabe-se que o trabalho exerce uma influência positiva sobre a saúde mental e funcionamento global do indivíduo. Experiências internacionais evidenciaram que os indivíduos inseridos no mercado de trabalho manifestaram melhora da autoestima e do funcionamento psicológico global, além de maior controle dos sintomas quando comparados aos indivíduos sem trabalho ou subempregados <sup>36,37,38</sup>.

A crise do emprego, contudo, é um problema das sociedades contemporâneas. A ampliação das vagas enfrenta barreiras relacionadas à estrutura econômica recessiva. O contexto organizacional é desfavorável aos indivíduos com necessidades especiais. Os profissionais que assistem aos doentes não estão preparados para estimular o acesso ao mercado de trabalho <sup>37,38,39</sup>.

Ações educativas dirigidas aos setores que formulam políticas de emprego em geral e aos profissionais de saúde em particular são úteis quando preconceitos calcados na representação social do transtorno mental constituem barreira para a inserção no trabalho <sup>21</sup>, que é um direito da pessoa portadora desses problemas <sup>40</sup>. Para a manutenção do emprego, é fundamental que o indivíduo esteja sendo assistido nos serviços de atenção primária ou nos serviços de saúde ocupacional por equipes treinadas.

Estratégias intersetoriais foram indicadas na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho <sup>41</sup>. Desde 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem promulgado diretrizes para a estruturação dos serviços de saúde mental no âmbito da atenção primária, visando, entre outras, à assistência integral ao indivíduo <sup>42</sup>. Certamente, tais estratégias e diretrizes seriam úteis para alcançar os objetivos de saúde mental global no tocante à redução das iniquidades no acesso aos cuidados em escala mundial <sup>43</sup>, donde se conectam as perspectivas de favorecer cada uma das dimensões mencionadas no presente estudo: emprego, trabalho, serviços de saúde.

## Colaboradores

A. A. Assunção redigiu a primeira versão do artigo e participou da interpretação dos dados. E. P. Lima e M. D. C. Guimarães analisaram e interpretaram os dados. Todos os autores participaram da revisão crítica e da aprovação final da versão a ser publicada.

## Agradecimentos

Este trabalho foi conduzido pela Universidade Federal de Minas Gerais, com o apoio técnico e financeiro do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, por meio do Projeto de Cooperação Técnica 914/BRA/1101 entre o governo brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Capes/FAPEMIG; AUXPE 2616/2012) pelo auxílio recebido.

## Referências

1. Chong SA, Vaigankar JA, Abdin E, Subramaniam AE. Mental disorders: employment and work productivity in Singapore. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48:117-23.
2. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annu Rev Public Health* 2014; 35:229-53.
3. Flint E, Bartley M, Schelton N, Sacker A. Do labour market status transitions predict changes in psychological well-being? *J Epidemiol Community Health* 2013; 67:796-802.
4. Milner A, Spittal MJ, LaMontagne AD. The effect of leaving employment on mental health: testing 'adaptation' versus 'sensitisation' in a cohort of working-age Australians. *Occup Environ Med* 2014; 71:167-74.
5. Banerjee S, Chatterji P, Lahiri K. Identifying the mechanisms for workplace burden of psychiatric illness. *Med Care* 2014; 52:112-20.
6. Chatterji P. Psychiatric disorders and labor market outcomes: evidence from the National Latino and Asian American Study. *Health Econ* 2007; 16:1069-90.
7. Butterworth P, Leach LS, Pirkis J, Kelaher M. Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47:1013-21.
8. Luo Z, Cowell AJ, Musuda YJ, Novak SP, Johnson EO. Course of major depressive disorder and labor market outcome disruption. *J Ment Health Policy Econ* 2010; 13:135-49.
9. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico da previdência social, 2009. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2009.
10. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico da previdência social, 2012. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2012.

11. Dantas MF, Araújo TM. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. *Rev Bras Saúde Ocup* 2011; 36:25-39.
12. Assunção AA, Machado CJ, Prais HAC, Araújo TM. Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1219-29.
13. Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:710-7.
14. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:921-9.
15. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2679-91.
16. Ludermir AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54:198-204.
17. Guimarães LA, Teixeira LN. Transtornos mentais e trabalho em turnos alternados em operários de mineração de ferro em Itabira (MG). *J Bras Psiquiatr* 2003; 52:283-9.
18. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2949-58.
19. Silva EBF, Tomé LAO, Costa TJG, Santana MC-CP. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21:505-14.
20. Olivier M, Perez CS, Behr SDCF. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. *Revista de Administração Contemporânea* 2011; 15:993-1015.
21. Delevati DM, Palazzo LDS. Atitudes de empresários do Sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57:240-6.
22. Guimarães MD, Campos LN, Melo AP, Carmo RA, Machado CJ, Acurcio FA, et al. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31:43-7.
23. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision – ICD-10. Geneva: World Health Organization; 2004.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa mensal de emprego. Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, 2003-2008. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_mulher/Suplemento\\_Mulher\\_2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_mulher/Suplemento_Mulher_2008.pdf) (acessado em 20/Mar/2016).
25. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Critical review. Br J Psychiatry* 2000; 177:486-92.
26. Hirata HHH. Globalização, trabalho e gênero. *Revista de Políticas Públicas* 2005; 9:111-28.
27. Ludermir AB, Melo Filho DAD. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:213-21.
28. Talala K, Huure T, Hillevi A, Martelin T, Prättälä R. Socio-demographic differences in self-reported psychological distress among 25-to 64-year-old Finns. *Soc Indic Res* 2008; 86: 323-35.
29. Chadad JPZ. Tendências recentes no mercado de trabalho: pesquisa de emprego e desemprego. *São Paulo Perspect* 2003; 17:205-17.
30. Kessler RC, Amminger P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recente literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:359-64.
31. Yu-Chen K, Yia-Ping L. Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 2010; 10:63.
32. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:686-94.
33. Vasse RM, Nijhuis FJ, Kok G. Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. *Addiction* 1998; 93:231-41.
34. Kriegbaum M, Christensen U, Osler M, Lund R. Excessive drinking and history of unemployment and cohabitation in Danish men born in 1953. *Eur J Public Health* 2011; 21:444-8.
35. Gmel G, Gutjahr E, Rehm J. How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? A precision-weighted hierarchical meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2003; 18:631-42.
36. Negrini A, Corbière M, Fortin G, Lecomte T. Psychosocial well-being construct in people with severe mental disorders enrolled in supported employment programs. *Community Ment Health J* 2014; 50:932-42.
37. Nygren U. Individual placement and support – a model to get employed for people with mental illness – the first Swedish report of outcomes. *Scand J Caring Sci* 2011; 25:591-8.
38. Corbière M. A Pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders. *Community Ment Health J* 2010; 46:44-55.
39. Boardman J, Rinaldi M. Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems. *Br J Psychiatry* 2013; 203:247-9.
40. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.

41. Brasil. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial da União 2011; 8 nov.
42. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
43. Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and global mental health: international perspectives and Brazilian context. *Interface Comun Saúde Educ* 2015; 19:1121-32.

## Abstract

*The objective was to explore the relationship between labor market participation and patient characteristics in a representative sample of 2,475 adults admitted to 26 Brazilian mental health institutions (15 Centers for Psychosocial Care and 11 hospitals). Socio-demographic, clinical, and behavioral characteristics were obtained with structured interviews. Multinomial regression was used. Increased likelihood of temporary absence from the work market was associated with female gender, single, divorced, or widowed conjugal status, lack of stable housing, and history of first admission or treatment before the age of 18. Increased likelihood of permanent absence from the labor market was associated with older age. Temporary or permanent leave from work was directly associated with low schooling, lifetime hospitalizations, and diagnosis of severe mental disorder and inversely associated with alcohol and drug use. The occupational vulnerabilities identified in the study raise the debate on specific policies for the mental health sector.*

*Job Market; Mental Disorders; Multicenter Study*

## Resumen

*El objetivo fue investigar la relación entre la inserción en el mercado laboral y las características de los pacientes de una muestra representativa de 2.475 adultos, internados en 26 instituciones brasileñas de salud mental (15 Centros de Atención Psicosocial y 11 hospitales). Las características sociodemográficas, clínicas y comportamentales se obtuvieron de entrevistas estructuradas. Se utilizó la regresión multinomial en el estudio. Una mayor probabilidad de apartarse temporalmente del mercado de trabajo se observó en pacientes del sexo femenino, solteros, divorciados o viudos, sin vivienda estable e internados o tratados por primera vez antes de los 18 años de edad. Una mayor probabilidad de abandonar definitivamente del mercado laboral se observó entre los más viejos. El abandono temporal o definitivo del mercado laboral se asoció directamente a la baja escolaridad, al número de internamientos a lo largo de la vida y al diagnóstico de trastorno mental grave; e inversamente asociado al uso de alcohol y drogas. Las vulnerabilidades ocupacionales identificadas suscitan el debate sobre la formulación de políticas sectoriales.*

*Mercado de Trabajo; Trastornos Mentales; Estudio Multicéntrico*

---

Recebido em 14/Out/2015

Versão final reapresentada em 18/Abr/2016

Aprovado em 12/Mai/2016