



### CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ENTRE A REALIDADE E AS OFERTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

#### QUALIFICATION IN MENTAL HEALTH CARE: BETWEEN REALITY AND THE HEALTH MINISTRY OFFERS

Solimar Pinheiro da Silva<sup>a</sup>; Adriana Leonidas de Oliveira<sup>a</sup>; Quésia Postigo Kamimura<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade de Taubaté (UNITAU) - Taubaté, SP, Brasil – Programa de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional

#### Resumo

Uma mudança paradigmática no modelo de assistência em saúde mental, do modelo biomédico para o psicossocial, exige capacitação para os trabalhadores que exercem esse novo mister. Esse processo de aquisição de habilidades, conceitos e conhecimentos armazenados em modelos mentais, e que se pode denominar de aprendizagem, pode levar a mudanças de comportamento e ao estabelecimento de uma relação mais humana entre o trabalhador e a função que exerce. Exemplo disso seria a mudança do conceito estigmatizante de transtorno da saúde mental, recorrente na população em geral e, em alguns casos, entre trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, uma mão de obra constituída, basicamente, por pessoas que exercem funções sob a forma de contrato no qual se verifica, usualmente, ausência de qualificação para o exercício das variadas funções para as quais são selecionados. Considerando a necessidade de repensar o bom desempenho no trabalho, que supõe pessoas preparadas e com potencial de criatividade para o estabelecimento de parcerias na consecução de objetivos e práticas sociais (fatores diferenciadores de uma organização), e na tentativa de oferecer subsídios para a correção de possíveis distorções relativas à qualificação de funcionários destinados ao atendimento dos usuários do CAPS, o objetivo deste artigo foi confrontar as necessidades e as ofertas de capacitação dos trabalhadores dos CAPS disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Foi empreendida uma pesquisa de cunho bibliográfico e documental, embasada em publicações do Ministério da Saúde e artigos científicos da base de dados SciELO. Livros e relatórios de encontros e conferências nacionais e internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS) sedimentaram os conceitos aplicados na pesquisa. No estudo, detectou-se que as ações ocorrem em parcerias com instituições de ensino ou estão a cargo dos governos municipais e que são poucos os programas específicos para a área. Concluiu-se que os trabalhadores em saúde mental necessitam de capacitações em maior número para fazer frente ao grande desafio de cuidar de pessoas com transtornos da saúde mental, entretanto essa capacitação não é convenientemente disponibilizada.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; CAPS; Capacitação de Funcionários

#### Abstract

*A change in paradigm in the model of mental health assistance, from the biomedical to the psychosocial model, demands qualification for the professionals working with this new approach. This process of acquiring skills, concepts and knowledge stored in mental models, and that can be called learning, can lead to behavioral changes and to the establishment of a more human relationship between the professional and the function he or she performs. An example is the change in the stigmatic concept of mental health disorder, recurrent in the general population and, in some cases, between CAPS (Psychosocial Attention Center) professionals – labor primarily performed by people who work under contract in which the absence of qualification to practice the diverse functions for which they were selected is usually verified. Considering the need to rethink good job performance, which presupposes that people are prepared and have creative potential to establish partnerships in the fruition of objectives and social practices (distinguishing factors in an organization), and trying to offer subsidies for the correction of possible distortions regarding the qualification of professionals who attend to CAPS users, this study aims to confront the needs and the qualification offers made available by the Health Ministry for professionals from CAPS. Along this line of thought, a bibliographical and documental study was made, based on publications by the Health Ministry, on scientific articles from the SciELO database. Books, meeting reports, and national and international conferences from the World Health Organization (WHO), from the Pan-American Health Organization (PAHO), and from the Health Ministry (HM) substantiate the concepts applied to the research. In this study it was detected that the actions have occurred in partnerships with learning institutions or are under the charge of municipal governments and that there are few specific programs for this area of work. It was concluded that mental health workers need qualification in larger numbers to face the great challenge of caring for people with mental health disorders, but this qualification is not made conveniently available.*



## 1. INTRODUÇÃO

Os progressos experimentados na área da psicofarmacologia em meados do século XX e a eclosão dos movimentos pelos direitos humanos, que culminaram na Declaração Universal dos Direitos Humanos, se constituíram nos principais fatores que determinaram mudanças nas políticas de saúde mental no mundo e no Brasil.

Tais acontecimentos, de natureza técnica e sociopolítica, colocaram em evidência as mazelas dos grandes hospitais psiquiátricos da época, conhecidos como manicômios. Os maus tratos aos pacientes, a carência de recursos, o isolamento geográfico e a falta de capacitação dos trabalhadores da área eram as mais evidentes (Relatório Sobre Saúde No Mundo, 2001).

Essa realidade provocou o surgimento, em todo o mundo, de múltiplas experiências voltadas para a reforma psiquiátrica em busca de uma nova maneira de gerir a loucura. Houve aí forte influência de movimentos estrangeiros como a Psiquiatria de Setor instituída em 1960 por Lucien Bonafé, na França, a Psiquiatria Comunitária de Gerald Caplan em 1963, nos Estados Unidos da América, e a Antipsiquiatria de Ronald Laing, David Cooper, Thomas Szasz, iniciada na Inglaterra e Estados Unidos em 1966, porém foi a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, em 1969 na Itália, que provocou uma mudança de paradigma, representada pela ruptura com o hospital psiquiátrico (Costa, 2003).

No Brasil, as mudanças tiveram início na década de 70 com o chamado Movimento Sanitário, que questionava a maneira como as pessoas com transtorno da saúde mental eram cuidadas. O marco definitivo da mudança foi a publicação da Lei 10.216/01, que inicia assegurando o direito das pessoas com transtornos mentais serem tratadas preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental e que, no seu art. 3º, transfere para o Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da política de saúde mental, enfatizando ser de “[...] responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família [...]”.

Antes mesmo de a referida lei ser aprovada, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, promoveu uma desospitalização de milhares de pessoas que retornaram para o convívio social, mesmo não existindo nenhum dado sociológico, antropológico, psicológico ou histórico que permitisse afirmar que a sociedade poderia entender a saúde mental como um objetivo socialmente consensual (Birman *et al.*, 1994). Exemplo disso ocorreu na Itália, berço da psiquiatria democrática, em que as instituições

psiquiátricas ou foram fechadas ou se desresponsabilizaram pelos loucos que passaram aos cuidados da sociedade (Cavani-Jorge, 2001).

A sociedade brasileira, pouco preparada e conscientizada para essa convivência, recebeu as pessoas mentalmente doentes para serem cuidadas em um novo modelo de atenção, os denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constituídos por trabalhadores a quem foi disponibilizada, de forma efetiva, pouca ou nenhuma capacitação em saúde mental. Os CAPS são as referências para o atendimento de saúde mental, representam importante estratégia na chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira e se destinam a acolher pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes mantendo as referências e o vínculo social/territorial dessas pessoas (Brasil, 2001).

A necessidade do aumento da competência das equipes de cuidados primários e sua relevância no atendimento aos pacientes e familiares são claramente assinaladas no Guia para intervenções em saúde mental do *Gap Action Programme* para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias em serviços não especializados de saúde (WHO, 2010). Esse documento considera que a maioria dos transtornos mentais e neurológicos

[...] que resultam em alta morbidade e mortalidade podem ser gerenciados por não-especialistas prestadores de cuidados de saúde. O que é necessário é aumentar a capacidade do sistema de cuidados de saúde primários para a entrega de um sistema integrado de cuidados de suporte, treinamento e supervisão (Chan, 2010, p.5).

A ênfase destinada ao cuidado torna evidente a necessidade de atualização do corpo de técnicos, tanto do nível básico como superior, uma vez, que sem esse item de importância capital, o atual modelo psicossocial estará fadado à ineficiência. Delfini *et al.* (2009) colocam como desafios capacitar as equipes e aumentar a cobertura assistencial.

A qualidade e o conteúdo do cuidado são recorrentes em Lloyd-Evans *et al.* (2007), para quem se faz necessária maior profundidade nas informações sobre a natureza das intervenções.

A capacitação e o treinamento contínuo dos técnicos e equipe de apoio, responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtornos da saúde mental, visando uma mudança de atitude, dos valores, dos objetivos e das habilidades que devem destacar-se em todos os princípios de reorientação das políticas de saúde mental, supõem envolver os usuários na execução dessas políticas (Setoya, 2011).



Essa nova maneira de gerir as políticas de saúde mental, além de ser executada por pessoas treinadas e capacitadas, deve considerar o envolvimento dos pacientes e familiares – afinal, são essas pessoas que vão sentir e viver as políticas apresentadas.

Diante do panorama apresentado, o objetivo deste estudo foi pontuar e analisar as ofertas de capacitação disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para os trabalhadores que cuidam de pessoas com a saúde mental alterada.

## 2. MÉTODO

Entendido como fator substancial para a eficiente consecução do estudo, ao pontuar como o pesquisador procederá à coleta e análise dos dados, e considerando ser pouco apropriado delimitar especificamente um único caminho para conduzir uma proposta de pesquisa quando se faz presente a necessidade de explicar ou compreender um tema sob estudo (Turato, 2003), o método definido para que os objetivos pudessem ser alcançados obedeceu ao desenho de uma pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, com consulta aos programas de capacitação em saúde mental do Ministério da Saúde e artigos científicos disponíveis em sítios na internet e nas bases de dados SciELO.

Livros e relatórios de encontros e conferências nacionais e internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde (MS) e de autores nacionais e internacionais, sedimentaram os conceitos aplicados na pesquisa. A análise dos dados seguiu uma estratificação em categorias que, guardando características similares, permitiram perceber e pensar as abordagens teóricas que embasaram a discussão.

## 3. A VISÃO SOCIAL DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Há aproximadamente 24 séculos, os grupos humanos explicavam os portadores de transtornos mentais como entes capazes de manifestações esclarecedoras quando em momento de crise. Segundo a crença, o corpo dessas pessoas seria temporariamente ocupado pelos deuses para ditar as ações dos homens. Essas pessoas eram aceitas normalmente em seu meio, sem qualquer tipo de restrição ou rejeição (Moraes Filho, 2006), sendo acolhidas como entes sagrados e não como portadoras de um mal. Segundo Moraes Filho (2006) esse enfoque mudou substancialmente com Hipócrates, que apresentou estudo explicando os portadores de transtornos mentais não mais sob o ponto de vista religioso, mas de forma científica, ainda que rudimentar. Seus estudos levaram-no a declarar que “[...] nós vemos e ouvimos e pelo mesmo órgão nos tornamos loucos e delirantes, e medos e terrores nos assaltam, alguns

de noite e outros de dia... Todas essas coisas nós suportamos do cérebro, quando ele não é sadio” (Hipócrates, 460-335 a.C.). Tratadas até então como emissárias dos deuses, essas pessoas passaram a ser vistas como portadoras de doenças. Também na concepção romana, os atos praticados por loucos não eram passíveis de punição de vez que a doença, para eles, já seria o próprio castigo – nessa sociedade os portadores de transtornos mentais integravam a sociedade e eram entendidos como necessitados de tratamento (Moraes Filho, 2006).

Essa realidade, entretanto, não foi um reflexo das ações comandadas pela Igreja na Idade Média, época em que desvios de comportamento eram vistos, em geral, com intolerância. O incremento da prática de busca de feiticeiros, naquele período, resultou na invenção de técnicas mais apropriadas a esse fazer, provocando inclusive o aparecimento de livros como o *Malleus Maleficarum* (O martelo das feiticeiras) escrito por dois monges dominicanos (Andreasen, 2005) em que eram descritas as características de uma pessoa possuída pelo demônio. Para Andreasen (2005), a releitura desses escritos torna evidente que aquelas descrições referiam-se a manifestações psicóticas, esquizofrênicas ou epilêpticas.

A evolução científica experimentada pela medicina, que deixou de ser praticada como bruxaria e/ou magia e passou a ser conduzida como ciência, devolveu ao portador de transtornos da saúde mental a sua condição de doente. Assim, as pessoas com transtornos mentais atravessaram o século XIX despidos da aura de portadoras de verdades escondidas, como bruxos, e passaram à condição de problema social no decorrer de todo o século XX até chegar aos dias atuais como sujeitos a quem se devem dispensar normas e leis governamentais de apoio e inclusão, e serem atendidos por pessoas qualificadas.

A assistência aos portadores de transtornos mentais, praticada atualmente no Brasil, tem como referência dois programas governamentais quais sejam: Saúde Mental na Atenção Básica e CAPS, implantados sob a égide do respeito ao ser humano e liberdade do exercício da cidadania. Ou seja, a política de saúde mental brasileira “[...] está sendo implementada a partir de uma agenda comprometida com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e na produção de autonomia das pessoas” (Puel *et al.*, 2006, p. 2). Entretanto, para desabrochar sem que apresente maiores percalços, esse novo cenário carece, ainda hoje, de maior dedicação política e aportes financeiros, principalmente em relação às parcerias com outras áreas de atividade e à capacitação para os trabalhadores, além dos investimentos na instrumentalização dos profissionais para a inclusão da saúde mental no Sistema Único de Saúde (Hirdes, 2009).



Essa mão de obra, oriunda de uma formação profissional tradicional, age de acordo com sua formação, ou seja, o objeto de trabalho é o indivíduo e sua doença, sem a dimensão do contexto social. Faz-se, portanto, necessária uma revisão dos processos de trabalho da equipe a fim de possibilitar novas práticas, utilização de novos instrumentos e aquisição de novos saberes com envolvimento dos trabalhadores como atores da reforma (Bichaff, 2006). Ao declarar que são poucos os profissionais com capacitação específica, Barreto (2009, p. 76) é incisiva ao observar que há “[...] necessidade de maior investimento na capacitação da equipe no que diz respeito à questão da clínica psicossocial, com a complexidade que a envolve”.

A preocupação com a capacitação em saúde mental está presente, também, no trabalho realizado por Paes (2009) em Curitiba sobre o cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Para o autor, há necessidade da implantação de programas locais de capacitação em saúde mental e sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados a tal clientela, haja vista que os cuidados se realizavam sem especificidade, dando-se ênfase aos cuidados básicos e à contenção física e química, quando necessárias.

#### 4. QUALIFICAR PARA ATENDER

Os debates sobre a melhor forma de cuidar do portador de transtornos da saúde mental frequente, desde tempos remotos, os círculos de discussão, mas ações governamentais concretas sobre benefícios a essa parcela da população, traduzidos na qualificação de mão de obra para agir nesse universo, só começaram a aparecer efetivamente, no Brasil, com a Constituição Federal de 1988, considerada o marco inicial da mudança, por reconhecer a saúde como dever do Estado e direito do cidadão “[...] mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2002, p. 119). Essa abordagem é similar à inserida na Declaração de Alma-Ata (ex-URSS), gerada em 1978 durante a 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, que resultou numa carta de intenções para “[...] combater as desigualdades entre os povos e alcançar a audaciosa meta de ‘Saúde Para Todos no Ano 2000’” (OMS).

A Declaração de Alma-Ata (1978), cujo mote são os cuidados de saúde, e a Carta de Ottawa (1986), sob a bandeira da promoção da saúde, são considerados os mais importantes documentos já acordados internacionalmente sobre a saúde (OMS).

Na década seguinte, o Brasil iniciou a implantação do SUS, guiado pelas recomendações de Alma-Ata cujos princípios de universalidade e participação social adotou, colocando em prática as chamadas Normas Operacionais Básicas

(NOB) que não conseguiram propiciar a descentralização proposta pelo sistema (BRASIL, 2007). *Pari passu*, foi iniciada a implantação do Programa de Saúde da Família, com a finalidade de facilitar o acesso das pessoas aos cuidados primários de saúde, entre eles a saúde mental. A assistência em saúde mental passou, então, a ser oferecida em rede – Programa de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Serviço de Residência Terapêutica, Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral e os Hospitais Psiquiátricos.

Em janeiro de 1992, é publicada a Portaria 224, que dispõe sobre a participação de psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros técnicos no atendimento à saúde mental. O documento não indica formas de capacitação desses profissionais, um tema já contemplado na Carta de Ottawa, gerada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá. Essa Carta enfatiza a necessidade de reorientação dos serviços de saúde que deverão remodelar-se e realizar ações de promoção da saúde e deverão ainda investir cada vez mais na investigação, na educação e formação dos seus profissionais (OMS).

Ao reconhecer que a formação de recursos humanos “[...] capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura” (Brasil, 2005) se constitui no principal entrave para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que só se efetivará com competente formação técnica e teórica dos trabalhadores, o Ministério da Saúde cria, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Vinculado a ela, é instituído o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) responsável pela formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional (Brasil, 2005). O Quadro 1 traz o portfólio das ações do DEGES para o aperfeiçoamento do profissional de saúde em geral.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) objetiva transformar o processo de geração do conhecimento pela integração ensino-serviço e entre as instituições de ensino superior e o SUS visando à reorientação da formação profissional. Para atingir essas metas, redireciona “[...] a evolução das profissões, marcada pela alta tecnologia e especialização precoce; reorienta práticas seculares e altera a lógica da atenção em saúde com valorização da Política Nacional de Atenção Básica” (Brenelli, 2009).

A Política de Educação Permanente objetiva usar o próprio trabalho como ferramenta de aprendizagem no cotidiano das pessoas. Em agosto de 2007, por meio da portaria GM/MS nº 1.996, esta política ganhou novas diretrizes e estratégias ao decidir pela não definição da qualificação e aperfeiçoamento dos trabalhadores no SUS apenas com base

[...] em uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e *expertise* de uma instituição de ensino, mas considerando, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho (BRASIL, 2007).



Ação	Objetivo	Ano de criação	Instrumento
Pró-Saúde	Integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional	2005	Portaria MS/MEC nº. 2.101, de 03 de novembro de 2005
Política de Educação Permanente	Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	2007	Portaria GM/MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007
Revalidação de Diplomas Médicos	Revalidação de diplomas de curso médico obtidos no exterior	2007	Resolução CNE/CES nº. 8, de 4 de outubro de 2007
Pró-residências	Apoiar a residência e formação de especialistas em áreas estratégicas	2009	Possui legislações específicas
Pet-Saúde	Fomentar a aprendizagem em áreas estratégicas para o SUS	2010	Portaria nº. 421, de 03 de março de 2010
UnA-SUS	Propiciar a realização de cursos de atualização profissional e até mestrados	2010	Decreto presidencial nº. 7.385, de 9 de novembro de 2010
Pró-internato	Apoiar o internato médico em Universidades Federais	2010	Portaria Conjunta MS/MEC nº. 04, de 03 de março de 2010
Telessaúde Brasil Redes	Apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde	2011	Portaria nº. 2.546, de 27 de outubro de 2011
Educação superior	Busca do aperfeiçoamento profissional e educação permanente do trabalhador de nível superior	Diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, publicadas no Diário Oficial da União nº. 32/2004, seção I	
Educação técnica	Busca do aperfeiçoamento profissional e educação permanente do trabalhador de nível médio		

Quadro 1 – Ações do DEGES

Fonte: <<http://portal.saude.gov.br>>. Elaboração dos autores (2011)

A revalidação de diplomas médicos faz parte da política do MS de incentivo à educação superior voltada para a saúde. Coordenada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), é acessível a todos que estudaram medicina no exterior e querem submeter-se à revalidação do seu diploma no Brasil (Cremers, 2010). O artigo 3º da Resolução CNE/CES nº. 8 estabelece que “São competentes para processar e conceder as revalidações de diplomas de graduação, as universidades públicas que ministrem curso de graduação reconhecido na mesma área de conhecimento ou em área afim”. Recentemente, o governo passou a desconsiderar essa política e contratou profissionais estrangeiros sem a necessidade da revalidação. Um retrocesso.

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residência) é outra

ação de incentivo à educação superior do MS. Instituído com o objetivo de “[...] oferecer condições de sustentabilidade, visando à continuidade das ações dos programas de residência e o consequente aprimoramento da formação de especialistas no país” (DEGES), esse programa conta com legislação específica para **formação de especialistas em áreas estratégicas, para a área de atuação em transplantes e para residência multiprofissional e em área profissional da saúde, ou seja**, apoia a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, e encara a residência em Psiquiatria como prioridade (Pró-Residências, 2010).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que também integra a política de educação superior do MS, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde



[...] caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS (DEGES).

A Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS) oferece acesso a cursos de atualização e especialização usando o sistema de educação a distância, que possibilita maior redução de custos e permite que o trabalhador participe sem necessidade de deslocar-se de sua cidade. Participam dessa rede 12 universidades públicas, duas secretarias estaduais de saúde (BA e MG), os cinco núcleos do Telessaúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fiocruz. Nesse sistema, “[...] é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para autoinstrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais” (Brasil, 2010).

O Programa de apoio ao Internato Médico em Universidades Federais (Pró-Internato, 2010) foi criado “[...] para apoiar a adequada supervisão de alunos de Medicina de IFES por docentes e profissionais dos serviços de saúde, no processo de educação pelo trabalho” (Portaria Conjunta nº 4, de 3 de Março de 2010 <http://www.brasilsus.com.br>). Permite a participação de acadêmicos de instituições públicas e privadas sem fins lucrativos.

“Apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde foi o mote que desencadeou a criação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes que “[...] utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de Teleconsultoria e de Apoio ao Diagnóstico” (Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, Portaria nº 2.546, de 27 de Outubro de 2011).

O Programa de Educação Superior, instituído pelo Deges, objetivou implantar programas de especialização e residência em medicina, especialmente em Medicina da Família e Comunidade “[...] buscando o aperfeiçoamento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde com nível superior” (DEGES). A formação técnica

objetiva otimizar o conhecimento técnico-científico, a interação com os usuários e a capacidade de discernimento em relação a implicações éticas no exercício das profissões de nível técnico. Disponibilizou, em 2010, manuais para técnicos em Hemoterapia, Radiologia, Citologia e Vigilância em Saúde. O Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (*Profaps*), são as ferramentas encontradas para a capacitação dos técnicos.

Essas ofertas do MS em relação ao aperfeiçoamento técnico e educação continuada de seus funcionários não refletem a realidade vivida pelos trabalhadores em saúde mental de algumas regiões brasileiras. A Norma Regulamentadora nº. 32, que trata de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde no Brasil, item 32.2.4.9, esclarece que “[...] o empregador deve assegurar capacitação aos trabalhadores, antes do início das atividades e de forma continuada [...]” (Manuais de Legislação Atlas, 2007, p. 472). O estudo realizado por Silva (2012), objeto de dissertação de mestrado, demonstrou que os trabalhadores dos CAPS pesquisados não foram contemplados com a exigência da referida Norma em 87,5% dos casos (Silva, 2012).

O estudo de Oliveira (2006) sobre o trabalho e as práticas de cuidado realizadas por duas equipes dos CAPS, no Estado do Mato Grosso, diante dos casos e dentre as preocupações, já apontava em relação às dimensões internas de organização do serviço: os profissionais que realizam esse procedimento têm qualificação necessária para compreender a importância e agir no primeiro encontro? E também aos determinantes externos: de que maneira pode-se construir atenção psicossocial com equipes tão precarizadas técnica e numericamente?

A escassa importância de que se reveste a saúde mental no contexto das políticas de saúde se faz notada nos diversos programas do MS, pois, entre as ofertas de aperfeiçoamento e capacitação em saúde do DEGES (Figura 1), não há programas específicos para saúde mental, com exceção de uma residência médica em psiquiatria, oferecida pelo município de Sobral (CE) em convênio com o MS.

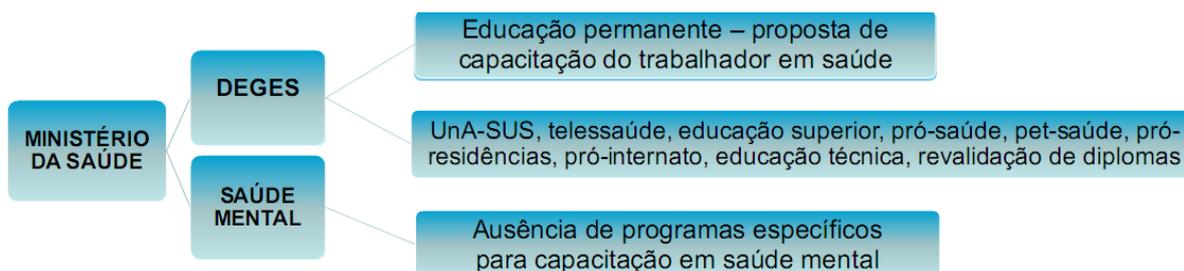


Figura 1 – Ofertas de capacitação do Deges.

Fonte: Elaboração dos autores (2011).



## 5. O PANORAMA DO ATENDIMENTO QUALIFICADO

O panorama dos programas de qualificação de trabalhadores da área da saúde mental apresentava, em 2005 “[...] 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS, e beneficiando profissionais de 15 estados” (Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 2005).

A implantação de uma política de especialização e capacitação permanente para profissionais com perfil para trabalhar em saúde mental e a contratação imediata desses profissionais é recomendação constante no documento final, eixo II nº 384, da IV Conferência de Saúde Mental realizada em 2010 (IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2010).

Enquanto o mote da IV Conferência foi reafirmar compromissos, incentivar procedimentos e propor implantação de política de especialização e capacitação permanente para a saúde mental, o Relatório de Gestão 2007-2010 do Ministério da Saúde pontuou as novas fronteiras da reforma psiquiátrica trazendo as ações empreendidas pelo SUS na área da Saúde Mental naquele período (Relatório de Gestão, 2011).

Estabelecer um elo entre a formação de trabalhadores para o desempenho de atividades na reforma psiquiátrica e a política de educação permanente do Ministério da Saúde foi o grande desafio do período 2007-2010 para o programa de Saúde Mental do SUS. A despeito disso, o citado Relatório mostra a consolidação, no mesmo período, de residências multiprofissionais e a implantação da 1ª Residência Médica em Psiquiatria no município de Sobral (CE), com recursos municipais e apoio do Ministério da Saúde.

O aumento de residências em psiquiatria concebidas dentro de um modelo comunitário de atenção e a criação de residências multiprofissionais de saúde mental são passos fundamentais e estruturantes para a descentralização de programas de formação para a Reforma Psiquiátrica e para o aumento do acesso dos profissionais à qualificação (Relatório de Gestão, 2011, p. 64).

A saúde mental experimentou outros avanços em relação à política de educação permanente, como o advento do PET Saúde/Saúde Mental, criado em 2010 com o objetivo de estabelecer um elo entre as universidades, as secretarias municipais e estaduais de saúde e os serviços de atendimento. A intenção da Política de Saúde Mental do SUS é que o PET/Saúde Mental contribua de forma efetiva “[...] para a qualificação da Rede de Atenção em Saúde Mental/Álcool e outras Drogas e para a transformação e integração com as instituições de Ensino Superior” (Relatório de Gestão, 2011, p. 66).

No rastro dessas medidas, e pressionado pela realidade vivida por usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde/SUS criou as Escolas de Redutores de Danos (ERD), voltadas para a capacitação teórica e prática de profissionais e pessoas da comunidade, tendo como público alvo prioritário “[...] a população usuária de álcool e outras drogas, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários intra e extramuros, superando a abordagem única da exigência de abstinência” (Relatório de Gestão, 2011, p. 67).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde/SUS foi a criação das Escolas de Supervisores Clínico-institucionais, que surgiram com o objetivo de qualificar profissionais para atuar na função de supervisores dos CAPS localizados em cidades do interior, carentes de mão de obra qualificada para o exercício dessa profissão. O projeto visa promover a “[...] formação de novos profissionais, qualificar a prática dos que já estão atuando e promover o debate, a construção e a avaliação permanente da supervisão clínico-institucional na rede de atenção integral à saúde mental/álcool e outras drogas” (Relatório de Gestão, 2011).

## 6. RESULTADOS/DISCUSSÃO

A necessidade de capacitação das pessoas que trabalham ou apresentam perfil para trabalhar com saúde mental é reconhecida e reafirmada em todos os documentos publicados pelo Ministério da Saúde/SUS, sendo a adequada formação técnica e teórica desses trabalhadores o desafio da implantação do novo paradigma do cuidado na comunidade. Esse cuidado supõe o livre conviver do portador de transtornos mentais em uma sociedade que não foi preparada para recebê-lo (Cavani-Jorge, 2001; Birman *et* Costa, 1994).

Ao analisar a aplicação da Portaria 224 de janeiro de 1992, verifica-se que vários profissionais passaram a participar do atendimento em saúde mental, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros, porém o referido documento não pontua como esses técnicos foram capacitados para o desempenho de suas funções junto às pessoas com transtornos mentais, característica indispensável ao bom desempenho das atividades no novo modelo de atendimento a essa parcela da população.

Em estudo realizado por Figueiredo *et* Campos (2009), trabalhadores de saúde apontam dificuldades em relação a casos que envolvem sofrimento psíquico que interagem com os serviços de saúde mental por não se sentirem qualificados para interagir com experiências que estão fora do seu campo estrito de saber.

Em pesquisa sobre a oferta de treinamento periódico realizada com 72 trabalhadores de 4 CAPS do Estado do Tocantins, Silva (2012) apurou que 86,1% dos funcionários



não recebem treinamento periodicamente, caracterizando uma mão de obra que exerce as funções sem capacitação depois do ingresso, conforme mostra a Figura 3.

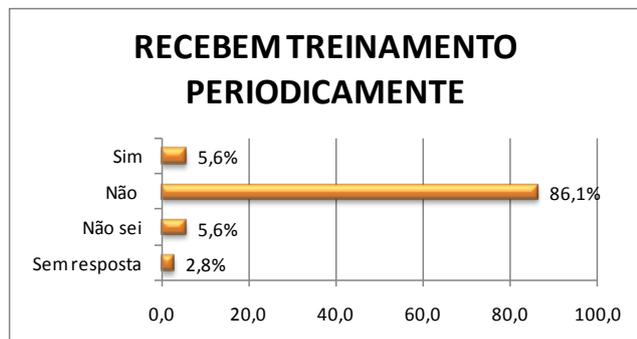


Figura 2. Treinamento de funcionários em CAPS do Estado do Tocantins  
 Fonte: Silva (2012)

Há que se destacar que essa capacitação dos funcionários objetivando mudanças de atitudes deve incluir, necessariamente, a realidade diária do paciente (Setoya, 2011).

Em pesquisa sobre o cuidado de enfermagem ao paciente com morbidade clínico-psiquiátrica, Paes (2009) também constatou a ausência de iniciativas para envolvimento do paciente no contexto social, concluindo que há necessidade da implantação de programas locais de capacitação em saúde mental e sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados a tal clientela.

Em uma abordagem sobre a oferta de qualificação profissional para funcionários de CAPS no Estado do Tocantins, Silva (2012) colheu como respostas 38,9% de insuficiente e 25% de inexistente, conforme pode ser observado na Figura 4, que compõe a pesquisa do referido autor.

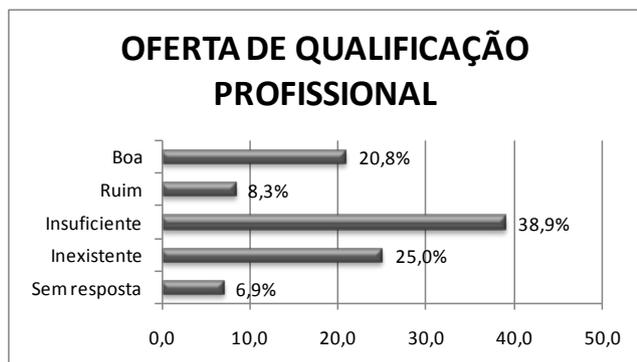


Figura 3 – Oferta de qualificação profissional.  
 Fonte: Silva (2012)

O que se observa é que a implantação das políticas de especialização e capacitação em saúde mental vem sendo

efetivada, em geral, por meio de parcerias que nem sempre têm funcionado como o esperado, conforme mostram Oliveira *et al.* (2008) ao reclamar maior integração entre a atenção psicossocial e o PSF. Essa quase sempre precária articulação provoca consideráveis atrasos na implantação das políticas de saúde mental e cria uma dissociação na ação dos dois serviços. A necessidade de um conhecimento mais aprofundado das ações que se entrelaçam no cuidado em saúde mental, como as empreendidas nos modelos biomédico e psicossocial, é também preocupação de Lloyd-Evans *et al.* (2007).

Na rede de atenção em saúde mental, os modelos biomédico e psicossocial dividem o mesmo espaço. Apoderar-se da loucura e reduzi-la apenas a sofrimento psíquico é o que perpassa pela atual política do Ministério da Saúde, sugerindo um tratamento psicossocial que retira de cena o componente médico. Do ponto de vista médico, os Centros de Atenção Psicossocial deveriam se chamar na realidade Centros de Atenção Médico Psicossocial (CAMPS), ou seja, o aspecto biomédico não pode ser descartado no atual contexto em que a Psiquiatria consegue, a cada dia, melhores resultados com seus tratamentos psicofarmacológicos, em que os hospitais psiquiátricos representam a garantia de tratamento adequado para pacientes graves, em que os recursos biológicos são cada vez mais utilizados pela comunidade médico-psiquiátrica e indicados com maior precisão.

Além disso, o aspecto biomédico está presente nas classificações internacionais de doenças, como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, mais conhecida como CID 10 (1996), que reserva o capítulo V, do código F00 ao código F99, para classificar os transtornos mentais e comportamentais. Todo o SUS, e naturalmente a rede de saúde mental, utiliza esta classificação para gerenciamento de todos os seus procedimentos. Procedimentos estes que compõem o financiamento dos CAPS por meio das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) que são assinadas e assumidas pelo médico psiquiatra do serviço. A própria Lei 10.216/01, no art. 9º, dá ao modelo biomédico a prerrogativa de indicar a internação das pessoas com doenças mentais quando especifica que a internação voluntária ou involuntária “[...] somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina-CRM do estado onde se localize o estabelecimento”.

A psiquiatria nunca negligenciou o componente psicossocial desde Jaspers, que já dizia que “A prática da profissão psiquiátrica se ocupa sempre do indivíduo humano todo. É um indivíduo humano todo que o psiquiatra tem sob sua assistência, seus cuidados e tratamento ou que ele recebe para consultas” (Jaspers, 2005, p. 11). Hoje, as considerações sobre os aspectos biomédico e psicossocial



convivem nos diversos serviços de saúde mental, e a radicalização de um ou de outro será sempre prejudicial às pessoas com transtornos da saúde mental.

A IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial recomenda imediata implantação de política de especialização e capacitação para o setor, mas até agora as políticas instituídas ainda não foram suficientes para uma mudança como pretendida. O que se faz pontual é uma visão mais abrangente do sistema de cuidados de saúde primários para que suporte, treinamento e supervisão funcionem de forma integrada (Chan, 2010). Ou seja, para desabrochar sem que apresente maiores percalços, esse novo cenário carece de maior dedicação política e aportes financeiros e técnicos, principalmente em relação às parcerias com outras áreas de atividade e à capacitação para os trabalhadores.

Chiavagatti (2012) compreende a supervisão e a capacitação como uma forma de empoderar o profissional para poder intervir nos problemas de saúde da população, importante na construção de um saber mais articulado para atender à complexidade da demanda de quem sofre e procura ajuda.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A breve retrospectiva histórica sobre a capacitação em saúde mental apresentada neste artigo e a caracterização do cenário na atualidade evidenciam que a necessidade de capacitar as pessoas que trabalham ou apresentam perfil para trabalhar com saúde mental é reconhecida e reafirmada em todos os documentos publicados pelo Ministério da Saúde/SUS. Entretanto, a adequada formação técnica e teórica desses trabalhadores ainda é o grande desafio para implantação do novo paradigma do cuidado na comunidade.

Nesse novo paradigma, os modelos biomédico e psicossocial dividem o mesmo espaço na rede de atenção em saúde mental. Os achados evidenciados permitem afirmar que os trabalhadores em saúde mental precisam, e devem, ser especializados e capacitados sob nova ordem, com noção real do que seja a rede de atendimento em saúde mental e conhecimentos de natureza interdisciplinar que possibilitem uma análise mais abrangente e integrativa do paradigma biopsicossocial, sempre acompanhados de uma ação mais comprometida e efetiva do MS.

Embora o *portfólio* do Deges-MS contemple ações voltadas ao aperfeiçoamento do profissional de saúde em geral – Pró-Saúde, Política de Educação Permanente, Revalidação de Diplomas Médicos, Pró-residências, Pet-Saúde, UnA-SUS, Pró-internato, Telessaúde Brasil Redes, Educação superior, Educação técnica – essas ofertas evidenciam lacunas à necessidade vivida pelos trabalhadores em saúde mental de algumas regiões brasileiras.

Há de se considerar que a implantação das residências multiprofissionais, a residência médica em psiquiatria (pioneira em Sobral/CE), a política de redução de danos e a escola de supervisores clínicos, avanços resumidos nesse trabalho, são consideradas iniciativas elogiáveis, porém o caminhar até a mudança e a aceitação do novo paradigma ainda vão exigir capacitação técnica, muita vontade política, além de esforços de todos os envolvidos nesse processo.

A capacitação dos funcionários objetivando mudanças de atitudes deve necessariamente incluir a realidade diária do paciente. Constatou-se neste estudo a ausência de iniciativas para envolvimento do paciente no seu contexto social. Conclui-se, portanto, que há necessidade da implantação de programas locais de capacitação em saúde mental e uma sensibilização dos profissionais quanto aos cuidados à tal clientela em sintonia com sua especificidade.

Uma capacitação adequada possibilitará empoderar o profissional para intervir nos problemas de saúde da população, com um saber e uma prática mais articulada para atender à complexidade da demanda de quem sofre e procura ajuda.

Sabe-se que há muito a percorrer e este estudo não descarta o intuito de trazer fechos de luz a esses desafios e de provocar e incentivar para a possibilidade de um atendimento em saúde mental mais digno e respeitoso, articulado em uma rede de cuidados em que as várias dimensões da saúde do ser humano sejam trabalhadas e respeitadas.

## 8. REFERÊNCIAS

- Andreasen, N. C. (2005), Admirável cérebro novo. Porto Alegre: Artmed.
- Barreto, S. M. G. O. (2009), Processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas em um CAPS. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia.
- Bichaff, R. (2006), O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Birman, J.; Costa, J. F. (1994), "Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária". In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil (2002), "Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988". Brasília: Senado Federal.



\_\_\_\_\_ (2001), Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Disponível em: <<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/lei%2010.216-2001?>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

\_\_\_\_\_ (2005), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_ (2011), Ministério da Saúde. “Gestão da Educação na Saúde”. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1261](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261)>. Acesso em: 20 fev. 2011.

\_\_\_\_\_ (2007), Ministério da Saúde. “Portaria GM/MS nº 1.996”, de 20 de agosto de 2007. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/.../Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/.../Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2011.

\_\_\_\_\_ (2010), Ministério da Saúde. “Decreto presidencial institui Universidade Aberta do SUS”. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dsp>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

\_\_\_\_\_ (2007), Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. “Dialogando sobre o Pacto pela Saúde”. Brasília: Ministério da Saúde.

Brenelli, S. L. (2009), “O Pró-Saúde na Política Nacional de Educação na Saúde”. Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde II e I Encontro Nacional dos Coordenadores dos Projetos Selecionados para o PET-Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://prosaude.org/publicacoes/relat\\_semin\\_enc\\_nov\\_2009/relatorio\\_completo\\_I\\_Sem\\_PS\\_II\\_2009.pdf](http://prosaude.org/publicacoes/relat_semin_enc_nov_2009/relatorio_completo_I_Sem_PS_II_2009.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2011.

Cavacante, F. G. (2002), Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e reinvenção da família. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 393 p. Disponível em: <<http://portaldeseres.icict.fiocruz.br>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

Cavani-Jorge, A. L. (2001), “Um Remédio contra a exclusão: Maledetta folia? Uma revisão”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 17, n. 3, pp. 211-223.

Chan, M.(2010), “mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings”. Foreword. World Health Organization, 2010. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/>

publications/2010/9789241548069\_eng.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2011.

Chiavagatti, F. G. *et al.* (2012), “Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde”. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 3 Apr. 2014.

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos Depois de Caracas (2005), “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil”. Brasília, Ministério da Saúde.

Costa, A. C. de F. (2003), “Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica”. In: ARANHA Márcio Iorio. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

Cremers (2010), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. “Revalidação de diplomas”. Disponível em: <<http://www.cremers.org.br/index.php?indice=32&&noticiaTremo=359>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <[http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm)>. Acesso em: 22 fev. 2011.

Delfini, P. S.S.; Sato, M.T.; Antonelli, P. P.; Guimarães, P. O. S. (2009), “Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber”. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 14, suplementar n.1, pp. 1483-1492.

Figueiredo, M. D. , Onocko, C. R. (2009), “Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?” *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, pp. 129-138.

Hirdes, A. (2009), “A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão”. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, pp.297-305.

IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010), “Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial”. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1663](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663)>. Acesso em: 22 fev. 2011.

Lloyd-Evans, B., Johnson, S., Slade. M.(2007), “Assessing the content of mental health services: a review of measures”. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Aug; 42(8):673-82.

Manuais de Legislação Atlas (2007), Segurança e Medicina do Trabalho. São Paulo: Atlas.



Moraes Filho, M. A. P. (2006), “Evolução histórica da inimizabilidade penal: uma abordagem cronológica da loucura na humanidade e seus reflexos na legislação criminal brasileira até o Código de Piragibe”. *Jus Navigandi*. Disponível em: <<http://us.uol.com.br/.../evolucao-historica-da-inimizabilidade-penal>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

Oliveira, A. G. B. (2006), “Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões”. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400011&lng=en&nrm=iso)>. access on 3 Apr. 2014.

Oliveira, A.G.B.; Conciani, M. E.; Marcon, S. R. (2008), “A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso”. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.7, n.3, p.376-384, jul/set. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/.../6511>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/management/district/phc/en/index5.html>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

Paes, M. R. (2009), Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral de Curitiba. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná.

Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (2011). PORTARIA Nº 2.546, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em <<http://www.brasilus.com.br>> Acesso em fev.,2001.

Pró-internato (2010), Portaria Conjunta nº 4, de 3 de Março de 2010. Disponível em: [www.brasilus.com.br](http://www.brasilus.com.br). Acesso em: 20 fev. 2011.

Pró-Residências (2010), Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. Disponível em: <<http://gestao2010.mec.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

Puel, E. ; Heckrath, M. C. R.; Riesingers, M. C. (2006), Avaliação Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Florianópolis: Coordenação Estadual Saúde Mental.

Relatório de Gestão 2007-2010 (2011). “Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica”. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde.

Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001): “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”. OPAS/OMS.

Disponível em: <<http://www.who.int/management/district/phc/en/index5.html>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

Setoya, Y. (2011), “Guiding principles for the development of mental health policies in low - and middle – income countries”. *RBP*, v. 33, n. 1, March.

Silva, S. P. (2012), Políticas Públicas de Saúde Mental e análise das condições de trabalho dos funcionários dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Tocantins. Dissertação. (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional), Departamento de Economia, Ciências Contábeis e Administração, Universidade de Taubaté.

Turato, E. R.(2003), Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes.

WHO - World Health Organization (1978), “International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata”; Sep 6-12. Disponível em: <[www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata)>. Acesso em: 18 abr. 2011.

WHO - World Health Organization (2010), “mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings”. Foreword. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069eng.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2011.