



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Dal Poz, Mario Roberto; de Souza Lima, José Carlos; Perazzi, Sara
Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica
Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 621-639
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838254012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica

I ¹ Mario Roberto Dal Poz, ² José Carlos de Souza Lima,

³ Sara Perazzi I

Resumo: O artigo analisa a formação de recursos humanos em saúde mental em uma conjuntura de mudança do modelo assistencial no Brasil, um dos países que mais rapidamente vêm adotando um modelo de atenção comunitária em substituição ao modelo asilar. Os autores argumentam que a preparação dos recursos humanos é um dos pontos mais frágeis no processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, apesar de esta dificuldade não ser exclusivamente da área de saúde mental, mas de toda a Reforma Sanitária Brasileira. Segundo os autores, o desafio é planejar de maneira articulada à formação profissional e à política assistencial, articulando saúde e educação. A sustentabilidade da nova política assistencial no longo prazo requer a elaboração de políticas adequadas para os recursos humanos, bem como o enfrentamento da desigualdade distributiva da força de trabalho.

► **Palavras-chave:** recursos humanos em saúde; saúde mental; formação de recursos humanos em saúde; reforma sanitária; reforma psiquiátrica; Brasil.

¹ Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, Brasil(1996); professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. OMS. Endereço eletrônico: dalpoz@uerj.br

² Médico, PhD, médico, CEMPE (Centro de Pesquisa e Extensão sobre a Terceira Idade), médico Centro de Pesquisa e Extensão sobre a Terceira Idade, UNIRIO; médico Ministério da Saúde. Endereço eletrônico: jcarlosslima@hotmail.com

³ Mestre em Relações Internacionais. Interna em recursos humanos em saúde na Organização Mundial da Saúde (por ocasião da elaboração do artigo); Gerente de Projeto, Federação Internacional de Hospitais (IHF). Endereço eletrônico: sara.perazzi@gmail.com

Recebido em: 13/07/2011.
Aprovado em: 06/04/2012.

Este artigo tem o objetivo de analisar a formação de recursos humanos em saúde mental em uma conjuntura de mudança do modelo assistencial. Toma-se o caso do Brasil, um dos países que mais prontamente atendeu ao repto da Organização Mundial da Saúde em favor da adoção de um modelo de atenção comunitária em substituição ao modelo asilar (WHO, 2001) para discutir os desafios para a consolidação do novo modelo, especialmente a adequação do aparelho formador às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos e às demandas dos serviços.

Uma história de segregação e opressão

A história da organização dos cuidados ao doente mental no Brasil tem um marco inaugural: a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, em 1852. Até então inexistia, no país, uma instituição especificamente destinada aos chamados alienados. Mas pode-se datar o início da preocupação com a loucura com a chegada da família real portuguesa, em 1808. Com o Rio de Janeiro transformado em capital do Império, e com as transformações sociais, econômicas e políticas decorrentes, exigiam-se medidas de ordenação do espaço urbano, com a identificação e o controle das populações. A medicina participa da empreitada de reordenamento do espaço urbano e de disciplinarização da população, projeto no qual a medicina mental ocupou lugar privilegiado (MACHADO et al., 1978).

A criação do Hospício Pedro II foi resultado de uma campanha pública liderada pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia e da qual participaram médicos reunidos na recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia, a maioria dos quais formados na França, de onde traziam o ideal de repetir o gesto libertador de Pinel. O slogan da campanha pública, logo vitoriosa, era: “Aos loucos, o hospício”.

Slogan ou anátema, assim a psiquiatria brasileira e sua instituição símbolo, o asilo ou manicômio, constituíram-se dentro de um processo de medicalização social, a partir do qual, ao patologizar o comportamento do louco, tornou possível transformá-lo em objeto de intervenção médico social. O louco é identificado como um elemento da desordem social e à medicina é delegada a função de zelar pela sua segregação e correção (CASTEL, 1978).

Pode-se perceber, por esse pequeno recorte histórico, que a assistência ao doente mental nasce sob a égide da segregação e da opressão. O recurso primeiro e único é o recolhimento compulsório ao hospício. Nenhuma outra forma de abordagem ou tratamento era proposta. Os grandes asilos se espalharam por todo o país, exibindo o caráter dominante dessa ordem asilar que então se impunha.

As propostas reformistas

O primeiro esboço de política pública nessa área surge em 1890, com o advento da República e a criação da Assistência Médico-Legal aos Alienados. Essa assistência tem como pilar e centro de referência único o asilo, cuja função social não se altera: lugar de segregação de uma população pobre, marginalizada e sem amparo social (MACHADO et al., 1978). Identificada a psiquiatria então estabelecida com o regime imperial recém-derrogado, e por isso mesmo vista como arcaica e despótica, clamava-se por sua modernização, cujo marco deveria estar calcado no ideal liberal veiculado pelos republicanos.

Esse projeto modernizador encontra na figura do psiquiatra Juliano Moreira seu expoente máximo. O modelo teórico de Moreira não limita mais seu discurso à loucura e suas causas. Seguindo a tendência da época, ele amplia o campo de intervenção, partindo da concepção do indivíduo como ser social, dotado de algum grau de periculosidade e reunindo as percepções que sobre ele produzem diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, com base em critérios que se referem à transgressão das leis da moralidade. O saber psiquiátrico, cujo objeto é assim ampliado, atualiza-se como uma espécie de síntese do padrão moral dominante, definindo-se o desvio como criminalidade, degeneração ou doença (PORTOCARRERO, 2002).

As ideias de Juliano Moreira inspiraram, em 1923, a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo programa propugnava a intervenção no espaço social, com características eugênicas, xenofóbicas, antiliberais e racistas (COSTA, 1976). Os anos de 1950 e 1960 assistiram o fortalecimento do processo de psiquiatria com o aparecimento dos primeiros neurolépticos, drogas que tornaram mais efetivas as intervenções médicas na doença mental. Ao mesmo tempo, nesse período, apareceram as primeiras contestações do modelo psiquiátrico, com as propostas

de reforma representadas pelas comunidades terapêuticas, antipsiquiatria, psiquiatria preventiva e psiquiatria democrática italiana.

Essas propostas reformistas, com exceção da psiquiatria democrática italiana, tiveram fôlego curto. Não conseguiram abalar os alicerces da velha ordem asilar. Se tanto, lograram em alguns casos conferir-lhe um verniz modernizante. No caso do modelo preventivista, originário da América do Norte, embora inicialmente proposto como alternativa ao tratamento asilar tradicional, acabou por converter-se em um novo projeto de medicalização da ordem social, de prescrição de normas médico-psiquiátricas para o conjunto da sociedade, constituindo parte de um processo de *aggiornamento* da psiquiatria (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982).

O momento italiano, vitorioso com a aprovação da Lei n. 180 da Reforma Psiquiátrica, de 1978, teve grande influência no Brasil. O cerne da lei – o fechamento de hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços comunitários abertos – representou uma revolução radical e o fim de um paradigma baseado na custódia e na privação dos direitos de cidadania (ROTELLI et al., 1990).

Por uma sociedade sem manicômios

Nas décadas de 1950 e 1960, o Brasil atravessou um período de rápida modernização. Até então predominantemente agrário, o país se transformou com a aceleração da urbanização e implantação de novos centros industriais. Esse processo gerou uma grande massa de assalariados, em geral vindos do campo, com precária escolaridade, baixa remuneração e más condições de trabalho, dando um novo perfil à sociedade brasileira e ocasionando o surgimento de uma classe média urbana. Porém, em 1964, o golpe militar provocou uma guinada no desenvolvimento político, social e econômico do país.

O novo modelo econômico implantado pelo regime militar se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. O regime político excluiu, ou pelo menos cerceou a participação das classes trabalhadoras e firmou-se uma aliança entre os setores dominantes do capitalismo nacional e internacional. Neste regime excludente, a legitimação política exigiu a cooptação dos setores excluídos, o que resultou, entre outras coisas, na estratégia de ampliação da cobertura previdenciária.

A contratação de serviços médicos privados e a garantia de cobertura previdenciária às classes trabalhadoras se refletiram também na área psiquiátrica. Essa extensão da cobertura médica previdenciária se fez dentro da lógica privatista do novo regime político, com a contratação de leitos em hospitais privados, que cresceram rapidamente para atender à demanda (BRAGA; GÓES DE PAULA, 1981).

A vitória da lógica privatista levou a uma deterioração acelerada dos hospitais públicos e transformou a saúde numa mercadoria como qualquer outra. A doença mental tornou-se, definitivamente, objeto de lucro. Não é de se estranhar que, coerentemente com esta lógica, tenha ocorrido enorme aumento do parque hospitalar psiquiátrico privado. A Previdência Social chegou a investir 97% do total de recursos destinados à psiquiatria em internações na rede privada, caracterizando o que Cerqueira (1984) denominou “indústria da loucura”.

O modelo privatizante na saúde, e não apenas na psiquiatria, desde o início questionado, passou a ser alvo de críticas contundentes com a crise institucional e financeira da Previdência Social no início dos anos 80. Esta crise levou o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado e, ao mesmo tempo, medidas que visavam a reorganizar o setor público. Com o processo de democratização do país já em curso, aumentou a participação dos setores representativos da sociedade na formulação de políticas e na gestão do sistema de saúde. É neste contexto, de luta pela democracia e pela construção de um sistema público de saúde de acesso universal, que surgiram e ganharam força as propostas reformistas que culminaram na substituição do modelo asilar, processo que se estende até hoje (FLEURY, 1988).

O movimento de reforma psiquiátrica apresenta alguns marcos que não podem deixar de ser referidos: o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) entre os anos de 1978 e 1980; o Movimento dos Usuários nos anos de 1980; a Declaração de Caracas (OPAS/WHO) em 1990; as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010) e a Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Em conjunto, constituem referências e configuram o que se convencionou chamar de Movimento de Reforma Psiquiátrica e Cidadania

no Brasil. O lema do movimento, inspirado na reforma italiana, é “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 2000).

A chamada Declaração de Caracas foi proclamada, em novembro de 1990, pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1990). Esta conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina e Caribe, asseverou: “A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva (WHO, 1990)”. E ainda: “A reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços (OMS, 1990).”

A Declaração de Caracas forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações estimularam a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental. Na realidade, a declaração aglutinou e deu força, organicidade e sustentação institucional, sob a chancela das organizações internacionais, aos movimentos reformistas do continente.

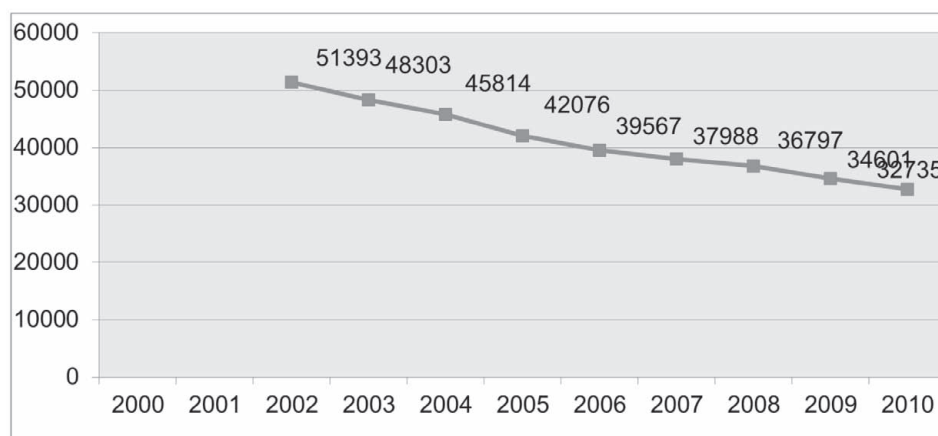
A reforma psiquiátrica como política de Estado

No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde Mental tornaram hegemônico o discurso antimanicomial e elegeram como ponta de lança da reforma a aprovação de uma Lei Federal, finalmente aprovada em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional (BRASIL, 2001). Em resumo, a Lei Federal n. 10.216/2001 propiciou a substituição do velho paradigma asilar, impedindo a expansão de leitos em hospitais psiquiátricos, por um novo paradigma, comunitário, integrado na sociedade e no sistema geral de saúde. Ademais, além de propiciar a retração das instituições asilares e sua substituição progressiva por estruturas comunitárias de cuidado, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais-dia, as residências terapêuticas, a Lei estabeleceu o fim das internações anônimas. Este aspecto resultou da regulamentação da internação involuntária, sustentáculo da legitimidade jurídica do dispositivo asilar. A obrigatoriedade da comunicação à autoridade judiciária das internações contra a vontade do paciente visa a preservar os direitos civis, resguardando-os de um ato de violência, até então banalizado pelos hospitais psiquiátricos (DELGADO, 1992).

Com a entrada em vigor da Lei n. 10.216 e a elaboração de Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005), o discurso reformista tornou-se hegemônico e a reforma passou a figurar como política de Estado. A progressiva substituição do paradigma asilar pelo paradigma comunitário parece corroborar essa interpretação.

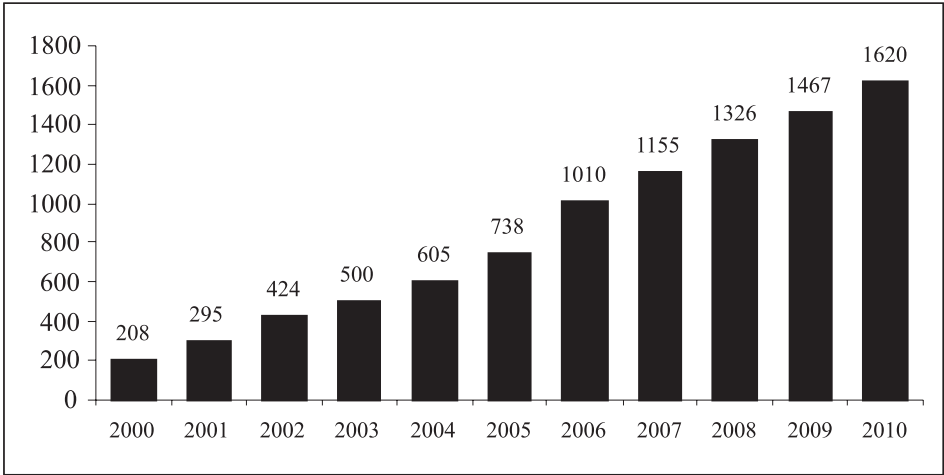
O estágio de processo de mudança de modelo assistencial no Brasil pode ser identificado, entre outros, nos dados sobre a diminuição de leitos psiquiátricos, na extensão da rede CAPS e no perfil de gastos do programa. Em decorrência das medidas levadas à prática com a nova política de saúde mental, o número de leitos vem caindo ano a ano. Entre 1996, com 72.514 leitos e 2010, com 32.735, foram desativados mais de 50% dos leitos psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 1. Leitos psiquiátricos do SUS, série histórica: 1996-2010 Brasil



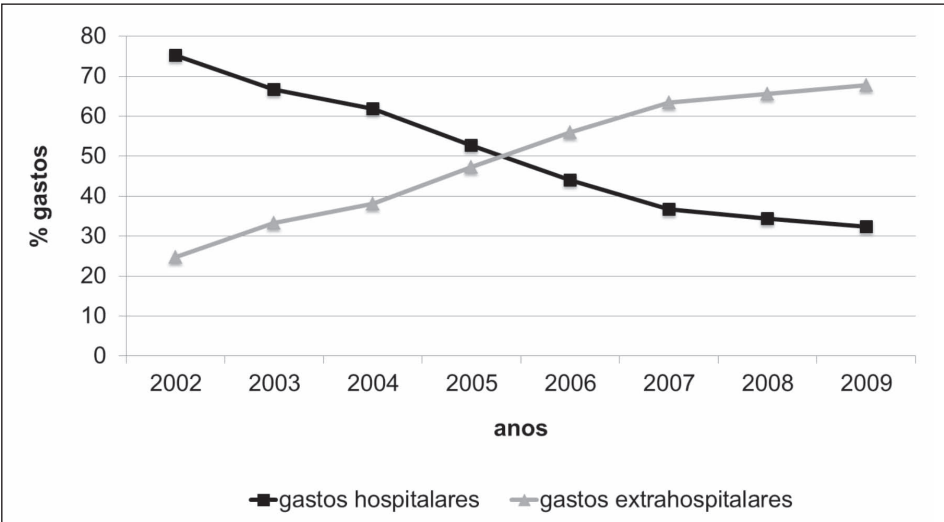
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados em 1992, são unidades de saúde locais que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, alguns funcionando 24 horas, com equipe multiprofissional, constituindo, também, porta de entrada da rede de serviços. O propósito declarado da política de saúde mental é criar uma rede de serviços alternativa suficientemente ampla para propiciar a progressiva desativação de leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Figura 2. CAPS/NAPS, série histórica: 2000-2010 Brasil



Em relação ao orçamento do programa, os gastos extra-hospitalares vêm aumentando e, desde 2006, ultrapassaram os recursos empregados na assistência hospitalar. Em 2002 a assistência hospitalar consumia 75,24% dos recursos, ficando 24,76% para atividades extra-hospitalares. O ano de 2010 mostra uma consolidação da tendência de inversão dos gastos, com 67,71% para extra-hospitalares e 32,29% para hospitalares (BRASIL, 2011).

Figura 3. Gastos hospitalares e extra-hospitalares do Programa de Saúde Mental 2002 a 2009, Brasil



A saúde mental integrada à atenção primária

O Relatório Mundial de Saúde 2001 (WHO, 2001) é bastante incisivo ao reconhecer que a saúde mental, embora por tanto tempo negligenciada, é fundamental para o bem-estar das pessoas, das sociedades e dos países, devendo ser pensada em novas bases. O Relatório alerta para o brutal impacto dos distúrbios mentais e do comportamento sobre a qualidade de vida das populações e sobre sua ampla extensão epidemiológica: 20 a 25% da população sofrem com esses distúrbios em alguma fase da vida. Eles são universais, atingem pessoas de todos os países, de todas as sociedades e de todas as idades e níveis sociais. Para que se tenha uma dimensão do impacto nas condições de vida das pessoas e dos custos sociais e econômicos, o Relatório estima que no ano de 2000, entre todas as doenças e traumatismos, os problemas mentais e neurológicos representaram 12% do número de anos de vida corrigidos de incapacidade (AVCI), isto é, comprometidos em razão de doenças e traumatismos. As projeções fundadas em análises de tendências indicam que a carga de morbidade deve atingir 15% até o ano 2020.

Os dados publicados pela WHO são bastante significativos para chamar a atenção sobre a universalidade e a gravidade do impacto provocado pelos distúrbios mentais e seus custos humanos, sociais e econômicos. Mas, ao mesmo tempo em que aponta a importância epidemiológica, avalia que as estratégias para enfrentar desafio de tal monta têm sido insuficientes ou inadequadas. Aponta a necessidade de superar numerosos obstáculos, principalmente a estigmatização, a discriminação e a insuficiência de serviços que impedem o acesso de milhões de pessoas no mundo.

Em realidade, o Relatório 2001 propõe dar consequência prática à própria definição de saúde contida na Constituição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946), como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença. Reafirma, outrossim, o entendimento da Declaração de Alma Ata (WHO, 1978) sobre a importância estratégica dos cuidados primários de saúde para alcançar a meta de “Saúde para todos”, com foco no desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Por sua abrangência e profundidade, as recomendações do Relatório 2001 devem ser referidas: tratar os problemas ao nível dos cuidados primários; disponibilizar os medicamentos essenciais; cuidados mediante programas comunitários; programas de esclarecimento e de educação em saúde para enfrentar

o estigma e a discriminação; parceria com as comunidades, famílias e usuários; adoção de políticas, programas e legislação, em nível nacional, com ênfase no desenvolvimento científico atual e na observância dos direitos humanos; intensificar e melhorar a formação dos profissionais de saúde mental que dispensarão cuidados especializados com vistas a apoiar e sustentar os programas de cuidados primários; estabelecimento de relações com outros setores como educação e cultura, trabalho e emprego, justiça, proteção social etc.; fortalecimento dos sistemas de informação e notificação sanitária; promoção de linhas de pesquisa sobre os aspectos biológicos e psicossociais das doenças mentais.

É possível afirmar que o Relatório 2001 expressa amplo consenso quanto à importância de se conferir prioridade à saúde mental na política geral de saúde, à estratégia da atenção primária para atingir os melhores resultados, à necessidade da participação comunitária e do controle social e ao papel deletério dos hospitais psiquiátricos como centro do sistema de atenção. Mais do que princípios gerais, o Relatório 2001 estabelece um verdadeiro programa de ação em saúde mental sob o ângulo da saúde pública, desenhando três cenários de ação segundo o nível de recurso de cada país. Os princípios e o programa de ação referidos conferem valor de axioma ao enunciado da então diretora-geral da WHO, Dra. Gro Harlem Brundtland: “o desenvolvimento não pode existir sem a saúde e esta é indissociável da saúde mental” (WHO, 2001).

No Brasil, as recomendações das organizações internacionais tiveram o condão de estimular os intentos reformistas. Como já foi afirmado, desde os anos 1970 o movimento social na saúde mental engrossava o coro das críticas à privatização da saúde, em geral, e do tratamento desumano prestado pelos hospitais psiquiátricos tanto no setor público quanto no setor privado (LIMA et al., 1979). Com a Constituição Federal de 1988, as transformações decorrentes do processo de democratização atingiram todo o campo da saúde. O Estado brasileiro assumiu o compromisso segundo o qual “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988). Em decorrência deste compromisso foi criado o SUS, com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e da participação ou do controle social. O desenvolvimento do SUS se deu efetivamente a partir da publicação das Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990).

No campo da saúde mental, uma série de experiências deu a partida para a mudança de modelo assistencial. A experiência pioneira foi a de Santos, município

de São Paulo, com a intervenção em um hospital psiquiátrico e a implantação de uma rede de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), residências para os egressos do hospital e o estímulo à formação de associações de pacientes e seus familiares (BRAGA; MAIEROVITCH, 2000).

Com a Lei n. 10.216, o processo de substituição de leitos psiquiátricos por uma rede substitutiva de cuidado na comunidade acelerou-se. Progressivamente foi sendo vencida a distância que separava a saúde mental do sistema geral de saúde, e a saúde mental passou a ser incorporada à atenção primária através de sua articulação com o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2011). Este não é apenas mais um programa de saúde, mas tem a ambição de ser a estratégia de reorganização do sistema de saúde no Brasil. O avanço do programa nos últimos anos reflete a prioridade que lhe é atribuída na política de saúde: de 19 mil equipes implantadas em 2003, distribuídas por 4.400 municípios, com cobertura populacional de cerca de 62,3 milhões de pessoas (35,7% da população) passou a 33.328 equipes em 2009, distribuídas por 5.251 municípios e cobertura populacional de 96,1 milhões de pessoas (50,7% da população) (BRASIL, 2011).

Hoje a política de saúde tem como objetivos a consolidação da rede de atenção comunitária, com a ampliação da cobertura dos CAPS e das residências terapêuticas, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a criação de leitos em hospitais gerais, o fortalecimento da saúde mental nos cuidados primários e o enfrentamento da questão do álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011). Os primeiros cuidados de saúde mental fazem parte dos cuidados gerais de saúde e devem ser prestados pelos profissionais das equipes de saúde da família.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008, têm o objetivo de ampliar a abrangência e qualificar as ações dos cuidados primários complementando o trabalho das equipes de saúde da família. Os NASF contam com, no mínimo, três profissionais das mais variadas áreas da saúde, tais como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupuntadores, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. As equipes dos NASF atuam em parceria com as equipes de saúde da família. Dados de dezembro de 2010 informam que 1.288 NASFs estão em funcionamento. Dos 7.634 profissionais desses núcleos, 2.349 são da saúde mental, cerca de 31% (BRASIL, 2010).

Para ser eficiente e eficaz, essa ampla rede de cuidados supõe alta qualificação dos profissionais envolvidos. É nesse sentido que a formação, a especialização e a educação continuada de recursos humanos se tornam peças chaves para o êxito de políticas nessa área.

Recursos humanos: o pilar mais frágil da Reforma

Recursos humanos em saúde mental referem-se a um conjunto amplo e heterogêneo. Se levarmos em conta uma equipe básica de saúde mental, falamos de médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros; se falamos de uma equipe ampliada, estendemos a relação a quase todas as profissões da saúde. A lista é ampla o suficiente para se perceber a complexidade de formar pessoal nessa área. A saúde mental constituiu-se como uma área interdisciplinar e multiprofissional. Os atendimentos ou intervenções estão, geralmente, a cargo das equipes multidisciplinares e não de um profissional isoladamente. Mais ainda, reconhece-se hoje que a saúde mental ultrapassa as próprias fronteiras da saúde para se constituir como intersetorial.

Como discutido anteriormente (WHO, 1990; 2001), a intervenção em saúde mental exige uma articulação intrassetorial, isto é, faz parte das ações gerais de saúde; exige, também, uma articulação intersetorial, na medida em que as questões dos direitos humanos, da reabilitação psicossocial e do resgate da cidadania são historicamente afetadas nos pacientes psiquiátricos. As intervenções devem contemplar todos os aspectos.

Ao contrário de outros setores da saúde, que necessitam para seu funcionamento de tecnologias, aparelhos e exames sofisticados, na saúde mental a tecnologia é essencialmente humana. Ou seja, é uma área recursos humanos-dependente. Assim, a formação dos profissionais de saúde mental assume importância singular. Ela deve ser planejada em função da orientação da Política Nacional de Saúde Mental. Deve formar profissionais com competências e habilidades para atuarem nos variados dispositivos da atenção à saúde mental, desde os postos de saúde e centros de saúde da família, passando pelos CAPS e até na assistência hospitalar.

Documentos do Ministério da Saúde (Relatórios de Gestão 2003-2006 e 2007-2010) e do Ministério da Educação (Pró-Residência, Portaria Interministerial n. 1001, de 22/10/2009) têm apontado a insuficiência e/ou

inadequação do pessoal graduado nessa área. Apontam, ademais, a necessidade de enfrentar, simultaneamente, três desafios: aumentar o número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços; adequar a formação para que o profissional reconheça a multiplicidade dos determinantes da saúde mental e o caráter intersectorial desse campo de atuação; e capacitar, treinar e supervisionar profissionais que já estão no sistema de saúde.

A questão de adequação/inadequação dos recursos humanos *vis-à-vis* as necessidades dos sistemas de saúde tem sido um tema recorrente nos últimos anos (HOGE; HUEY; O'CONNELL, 2004). Aponta-se com frequência uma disparidade entre o produto ofertado pelo sistema de formação em saúde e o que é demandado pela atenção à saúde. Em relação à saúde mental, a disparidade apontada seria a responsável pelas dificuldades ou até mesmo pelo fracasso das políticas nessa área (SARACENO; DUA, 2009).

Em realidade, consideradas as especificidades próprias de um campo interdisciplinar e multiprofissional, os problemas relativos à formação se inscrevem no quadro mais geral da formação de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 2006). Afinal, saúde e saúde mental são indissociáveis e os desafios devem ser enfrentados conjuntamente. Como assinalado no Relatório Mundial da Saúde 2001, “a reforma da saúde mental deve se inscrever na reforma geral da saúde” (WHO, 2001).

Se os desafios são comuns e dizem respeito à reforma do sistema de saúde como um todo, as soluções podem ser buscadas sob a inspiração de uma mesma ideia-força: as diretrizes curriculares dos cursos da saúde devem responder aos desafios postos pelas necessidades e demandas sociais. No Brasil essa inspiração motivou uma ampla revisão curricular dos cursos de graduação, com a preocupação de graduar profissionais com uma formação generalista, humanista, capacitados a atuar nos diversos níveis de atenção do processo saúde-doença, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001).

Alcançar esses objetivos não é tarefa simples. O propósito das novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na saúde é ambicioso, mas parece exequível: adequar os cursos à realidade epidemiológica da população e deslocar o cenário de aprendizagem do hospital de ensino para a rede de serviços. Isto é, fazer do próprio sistema de saúde o local privilegiado da educação e da formação.

Embora complexa, a implantação das novas diretrizes curriculares é coerente com as transformações ocorridas no sistema de saúde, mormente do SUS e da adoção do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Assim, verifica-se que está em curso um processo de reorientação do modelo assistencial, não mais centrado na medicina curativa hospitalar, mas na atenção primária, na promoção da saúde na comunidade. E essa reorientação da assistência corresponde à reorientação dos cursos de graduação da saúde através de novas diretrizes curriculares e do aprendizado na rede de serviços.

As transformações na saúde mental, e no seu ensino, são parte do esforço pela mudança de paradigma que norteia o pensamento, o planejamento e a realização das ações de saúde no país. E, para esse novo modelo de atenção, um novo profissional é exigido. Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc., que incorporem o componente mental a sua prática cotidiana. Profissionais de saúde que, nas práticas de saúde e de ensino, superem o tradicional modelo biomédico pelo novo modelo biopsicossocial (LUZ, 2004).

Embora propostas pelo Ministério da Educação há uma década, as mudanças na educação são mais lentas e têm um tempo de maturação até produzir resultados perceptíveis e mesuráveis. Por certo, não acompanham a velocidade das mudanças no sistema de saúde. Como observa Campos (BRASIL, 2006, p.55), “o SUS foi mais rápido do que a reforma do ensino”.

Para enfrentar essa defasagem, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram, por meio de portaria interministerial, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (BRASIL, 2005). O ponto de partida é a identificação de “um descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS”. Para corrigir esse descompasso, o Pró-Saúde visa a incentivar a transformação dos cursos de graduação para uma abordagem integral do processo saúde-doença, tendo como eixo a integração ensino-serviço e a inserção dos estudantes na rede SUS, com ênfase na atenção primária, desde o início da graduação. O que se espera é a formação de profissionais com uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença e identificada com os objetivos do SUS.

Se é muito lento o efeito das transformações no ensino da graduação, mais ágeis poderiam ser as intervenções no nível das especializações e aperfeiçoamentos profissionais. Contudo, não é isso que se verifica na prática. Em relação aos

médicos, o principal instrumento de formação de especialistas são os Programas de Residência Médica. Os programas mais importantes, com maior número de vagas, e que exercem grande influência sobre os demais, são aqueles de hospitais universitários. E nestes impera o chamado paradigma asilar, com uma formação essencialmente hospitalar, pouco articulada com as ações extramuros e os novos dispositivos, como o CAPS. É este um dos problemas a serem enfrentados na consolidação do processo de mudança.

Além da questão da adequação/inadequação entre o perfil do especialista e as demandas dos serviços de saúde mental, o Ministério da Saúde identificou a falta de médicos em algumas áreas consideradas prioritárias, entre as quais a psiquiatria. Em conjunto os ministérios da Saúde e da Educação, lançaram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência (BRASIL, 2009).

É muito cedo ainda para fazer uma avaliação do Pró-Residência. No entanto, pode-se especular que, mesmo que se obtenha êxito em aumentar o número de especialistas, restará o problema do perfil profissional. Em geral, as instituições que tiveram condições de responder aos estímulos e aumentar o número de vagas foram justamente as 20 grandes universidades, com seus programas tradicionais e centrados na assistência hospitalar.

Em relação aos demais profissionais, o Ministério da Saúde criou o Programa de Formação de recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. São cursos de especialização e capacitação em saúde mental, apoiados pelo Ministério da Saúde. Desde 2002, o programa vem capacitando profissionais nos 23 núcleos regionais em funcionamento. Em 2009, em parceria com a Fiocruz, foram expandidos os cursos de aperfeiçoamento em saúde mental para profissionais da Saúde da Família. Cerca de 180 pessoas foram capacitadas nesse ano. Infelizmente, não foram divulgados os dados referentes ao ano de 2010.

Mais difícil de analisar é a questão do mercado de trabalho em saúde mental, pela inexistência de dados disponíveis atualizados. Pode-se inferir que tem havido aumento do número de postos de trabalho para médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros, considerando a expansão da rede assistencial e a crescente presença da saúde mental nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

Sintoma, talvez, dessa expansão do mercado de trabalho é a identificação, pelo SUS, da falta de psiquiatras para atender a essa crescente demanda. Essa escassez

foi a justificativa para o lançamento conjunto dos ministérios da Educação e da Saúde do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas Estratégicas - Pró-Residência (BRASIL, 2009). Este programa, instituído pela Portaria Interministerial n. 1.001, de 22 de dezembro de 2009, tem como objetivo favorecer a formação de pessoal em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS. Em 2010, com base nesta portaria, foram oferecidas 785 bolsas novas para residentes em programas que já dispunham de infraestrutura adequada (BRASIL, 20011). No entanto, não há informação disponível sobre quantas dessas bolsas foram realmente utilizadas.

Outro forte indicativo do crescimento do mercado de trabalho em saúde mental é a anunciada expansão da rede assistencial para o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas. Assim, a Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009, instituiu o Plano Emergencial do Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS (BRASIL, 2009). A esse plano veio somar-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, instituído pelo Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010. A meta anunciada é a criação de 6.120 leitos na rede de atenção a usuários de crack e outras drogas, a expansão da rede de CAPS com a criação de mais 50 CAPS AD (álcool e drogas) e de mais 225 NASFs.

Conclusões

A mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil tem na preparação dos recursos humanos seu ponto mais frágil. E essa fragilidade não é exclusiva da saúde mental, mas se estende a toda Reforma Sanitária Brasileira. Os recentes planos ditos emergenciais para enfrentar os problemas das drogas podem ser tomados como sintomas dessa baixa capacidade de preparação e fixação de recursos humanos. O Pro-Residência, ao mencionar especialidades e regiões prioritárias do país para a formação de pessoal, atesta a limitação com que esse problema tem sido enfrentado. O desafio é planejar de maneira articulada a formação profissional e a política assistencial. Saúde e educação devem ser pensadas conjuntamente. A sustentabilidade em longo prazo da política assistencial requer a superação da histórica negligência de políticas para recursos humanos, bem como o enfrentamento da iniquidade distributiva da força de trabalho.¹

Referências

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- BRAGA, F.; MAIEROVITCH, C. (org.). *Contra a Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- BRASIL. Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: www.saude.gov.br/saúdemental. Acesso em: 01 maio 2011.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Relatório da Gestão 2003-2010*. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 02 jun 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e Saúde da Família*. Brasília, 2011. Disponível em: www.saude.gov.br/dab/atencao_basica. Acesso em: 01 maio 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS. Disponível www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 01 maio 2011.
- _____. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005. Disponível em: www.saude.gov.br/saude_mental. Acesso em: 01 maio 2011.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: MS, 2001.
- _____. *Saúde Mental. Relatório de gestão 2007-2010*. Brasília, 2011. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 01 maio 2011.
- CAMPOS, G.W.de S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v.3, n.1, mar. 2006.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTEL, R.; CASTEL, F.; LOVELL A. *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press, 1982.
- CERQUEIRA, L. *Pela reabilitação em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil, 1965.
- COSTA, J.F. *A história da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Taurus, 1976.

DELGADO, P.G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Tê Cora, 1992.

FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. (org.). *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1988, p.195-207.

HOGUE, M.A.; HUEY, L.Y.; O'CONNELL, M.J., Best practices in behavioral health workforce education and training. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, v.32, p.131-165, 2004.

LIMA, J.C.S. et al. A assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n.10, p-45-55, abr/jun.1980.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MADEL, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004.

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

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B.; DUA, T. Global mental health: the role of psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 259, suppl.2, p.109-117, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2001*. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO, 2001.

Nota

¹ M.R. Dal Poz e J.C. de S. Lima elaboraram o projeto de pesquisa, supervisionaram a coleta de dados, realizaram a interpretação e discussão dos resultados e participaram da redação final do artigo. S. Perazzi coletou os dados, participou da análise e interpretação dos resultados e da redação final do artigo.

Abstract

Task force on mental health in Brazil: challenges of the psychiatric reform

The paper analyzes mental health human resources training in a changing environment of the mental health delivery model in Brazil, a country that was one of the first to adopt a community care model to replace the one based on the asylum. The authors argue that the human resources training is one of the weakest points in the changing process of the mental health care model in Brazil, despite that this difficulty is exclusive of the mental health area. This problem seems to cut across the Brazilian Health Reform. According to the authors, the challenge is to plan co-ordinately the health system and the training policies, linking health and education. The long-term sustainability of the new health policy requires developing appropriate human resources policies, as well as to address the workforce distribution inequality.

► **Key words:** human health resources; mental health; health human resources training; sanitary reform; psychiatric reform; Brazil.