

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS FUNCIONÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DO TOCANTINS

Solimar Pinheiro da Silva<sup>1</sup>

Adriana Leônidas de Oliveira<sup>2</sup>

### RESUMO

Entendendo que pessoas com alteração da saúde mental necessitam de cuidados especiais só possíveis de serem oferecidos por trabalhadores qualificados, este artigo revisa as políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde mental e analisa as condições de trabalho de funcionários de 4 CAPS no estado do Tocantins. O trabalho foi delineado por metodologia descritiva com quantificação dos dados, coletados por meio da aplicação de questionário que avaliou a capacitação e condições de trabalho. Os dados foram analisados estatisticamente com uso do software Excel®. Os resultados obtidos da amostra estudada revelam que os trabalhadores em saúde mental no Sul do estado não foram adequadamente capacitados,

<sup>1</sup> Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Unitau. E-mail: solimarpinheiro@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional da Unitau. E-mail: adrianaleonidas@uol.com.br

recebem baixos salários e o vínculo com o serviço é precário para mais de 50% desses trabalhadores. Pode-se concluir que o grande desafio das políticas públicas de saúde mental no estado do Tocantins é a melhoria das condições de trabalho e a capacitação dos trabalhadores dos CAPS.

Palavras-chave: Políticas Públicas de saúde mental. CAPS. Condições de trabalho. Capacitação de pessoal.

## **MENTAL HEALTH PUBLIC APPROACH AND WORK CONDITIONS ANALYSIS OF WORKERS IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN TOCANTINS STATE**

### **ABSTRACT**

Recognizing that people presenting with mental health alterations need especial care which can only be attained from skilled specialists in the field, this paper reviews the Brazilian public approach regarding mental health and analyzes work conditions of those workers in four psychosocial care centers (PCC) in Tocantins State. This study was designed based on descriptive methods in which collected data were quantified and questionnaires assessing skill levels and training and work conditions were used. Data were analyzed statistically using Excel Software. The results of this study indicate that mental health workers in south Tocantins have not been properly trained, receive low salaries and bond with work or organization is poor in more than 50% of such workers. We may conclude stating that the major challenge of mental health services in Tocantins State is to improve work conditions and training of psychosocial care center (PCC) workers.

Key-words: Public Mental Health Approach. PCC. Work Conditions. Workers` training.

## INTRODUÇÃO

A realidade do desenvolvimento traz consigo vários desafios, tais como o aumento do tráfego de automóveis, com seus acidentes que matam e sequelam, e a degradação do meio ambiente, uma preocupação constante nos dias de hoje, porém o desafio do cuidado a ser dispensado às pessoas com transtorno da saúde mental, que envolve liberdades e direitos constitui-se, possivelmente, num dos maiores entraves para o desenvolvimento de uma região ou país. Amartya Sen (2000) não concebe desenvolvimento sem liberdade. Liberdade de acesso à educação, de acesso à saúde, entre outras liberdades. Nesse raciocínio, pode-se inserir desenvolvimento regional em três pilares fundamentais: liberdade, educação e saúde com saúde mental (SM) incluída. A SM, quase sempre negligenciada, é fator de importância para o bem estar das pessoas e, naturalmente, para o bem estar das sociedades, das regiões e das nações.

Os progressos experimentados na área psicofarmacológica 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. Esses acontecimentos, de natureza técnica e sociopolítica, propiciaram críticas aos 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 foram os mais evidentes. (RELATÓRIO, 2001).

Essa realidade provocou o surgimento, em todo o mundo, de múltiplas experiências voltadas para a reforma psiquiátrica, desde comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, antipsiquiatria, psiquiatria preventiva e comunitária. Foi, porém a partir da Psiquiatria Democrática, que teve em Franco Basaglia seu principal mentor, que houve uma mudança de paradigma, representada pela ruptura com o hospital psiquiátrico, por meio da sua fórmula de desinstitucionalização da loucura. No Brasil, as mudanças tiveram início na década de 70 com o chamado Movimento Sanitário que, entre outras coisas, questionava a maneira como as pessoas com transtorno da saúde

mental eram cuidadas. (BAPTISTA, 2005; FLECK, 2009).

A principal política pública de saúde implantada no Brasil foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política, que teve seu começo legal com a promulgação da Constituição Federal de 1988, trouxe consigo as transformações que mais tarde mudariam o paradigma do atendimento em saúde mental.

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 Art. 3º, transfere para o Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da política de saúde mental, representa o clímax dessas mudanças. (BRASIL, 2001). Mas, antes mesmo de a referida lei ser aprovada, o Ministério da Saúde, 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 entenda a saúde mental como um objetivo socialmente

consensual. A comunidade, 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, um aspecto que interfere diretamente nas suas condições de trabalho.

De acordo com a OMS, a saúde influencia nas políticas econômicas, nas instituições governamentais bem como no capital humano incluindo educação, treinamento em serviço, desenvolvimento físico e cognitivo, no desenvolvimento científico, nas tecnologias de produção com inovações na economia doméstica e possível difusão de tecnologias. Resumindo, a saúde influencia ações que se constituem em oportunidades de investimentos, refletindo no Produto Interno Bruto (PIB) e no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de uma região com consequência direta para a redução da pobreza. (WHO, 2004).

Nesse cenário, torna-se evidente a necessidade de atualização

do corpo de técnicos da saúde mental, tanto do nível básico como superior, uma vez que sem esse item de importância capital o atual modelo psicossocial estará fadado à ineficiência. Ou seja, qualificar servidores para prestar melhor assistência em saúde mental se constitui numa estratégia que não pode ser descartada.

Uma consulta às principais causas de incapacitação para o trabalho mostra que os transtornos mentais são responsáveis por mais de 23% das incapacitações em países desenvolvidos, sendo que das 10 principais causas cinco são transtornos psiquiátricos. (ANDRADE, 2010). Pode-se, portanto, perceber a dimensão e a importância que uma equipe capacitada representa para o atendimento à saúde mental. Essa necessidade do aumento da competência das equipes de cuidados primários e sua relevância no atendimento aos usuários são claramente assinaladas no Guia para intervenções em saúde mental do *Gap Action Programme* da Organização Mundial de Saúde para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias em serviços não

especializados de saúde (SILVA; OLIVEIRA; KAMIMURA, 2011).

Essas instigantes reflexões conduziram à questão norteadora deste artigo, que se propôs investigar as condições de trabalho dos trabalhadores que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial, e sua capacitação para a realização da tarefa de cuidar de pessoas com transtornos da saúde mental.

## MÉTODO

Com o objetivo de verificar o nível de capacitação e caracterizar as condições de trabalho dos sujeitos, foi efetuada uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, com a aplicação de questionário em uma amostra de 4 CAPS num universo de 13 unidades, com a utilização de cálculos estatísticos para visualização dos resultados.

De posse da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da UnitaU, em 11 de março de 2011, Protocolo CEP/UNITAU nº 048/11, autorizando o início da pesquisa de campo nas Instituições selecionadas, e após a concordância das instituições envolvidas, a coleta de dados foi iniciada. O instrumento selecionado para a coleta foi o questionário que,

antes de ser oficialmente utilizado, foi submetido a um grupo de trabalhadores para que o pesquisador pudesse constatar a necessidade de exclusão de algum item ou inclusão de outras questões relevantes. Os responsáveis pelas unidades CAPS de Gurupi, Palmas, Paraíso do Tocantins e Porto Nacional, e todos os sujeitos que responderam ao questionário, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, num universo de 222 trabalhadores colheu-se uma amostra de 72 funcionários dos CAPS das cidades tocantinenses de Gurupi, Palmas, Paraíso do Tocantins e Porto Nacional, incluídos por acessibilidade e caracterizados de acordo com a função que desempenham, sendo que o único critério estabelecido para inclusão dos sujeitos na pesquisa foi pertencer ao quadro de trabalhadores dos referidos CAPS. Compuseram a amostra, funcionários da equipe de apoio (técnicos de enfermagem, artesãos, motoristas, seguranças, auxiliares de serviços gerais) equipe técnica (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais) e equipe administrativa (recepcionistas e administradores). Os dados foram

coletados no local de trabalho dos funcionários e, após o processo de tabulação, foram analisados estatisticamente com uso do software Excel. Foram utilizados os procedimentos de codificação, tabulação, análise percentual e testes estatísticos.

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

As guerras mundiais e sua influência no desenvolvimento econômico são relatadas pelo historiador inglês Eric Hobsbawm como períodos de intensas competições entre as tecnologias com a finalidade de fornecer melhores armas e serviços essenciais necessários nos enfrentamentos. Hobsbawm (2010) afirma que foi o medo de que a Alemanha nazista viesse a dominar as tecnologias da física nuclear que forçou os Estados Unidos da América a desenvolver a bomba atômica e, posteriormente, investir maciçamente para que hoje se possa utilizar pacificamente esta modalidade de energia. Para o autor, as guerras e a preparação para elas foi um fator de aceleração do progresso técnico, carregando consigo o desenvolvimento tecnológico que

com certeza não teria ocorrido em tempos de paz.

“As guerras, sobretudo a segunda guerra mundial, ajudaram muito a difundir a especialização técnica e certamente tiveram um grande impacto na organização industrial e nos métodos de produção de massa, mas o que conseguiram, foi de longe, mais uma aceleração da mudança que uma transformação. (HOBBSAWM, 2010, p. 55).

Enfim, foi depois das guerras que surgiu a “era de ouro” (o autor citado divide o que ele classifica como “o breve século XX” em duas eras; a da catástrofe, de 1914 a 1948, e a de ouro de 1949 a 1973). Esse período trouxe consigo o avanço tecnológico na área da psicofarmacologia com a descoberta das primeiras drogas antipsicóticas que, associadas à preocupação com os direitos humanos, vieram a se tornar a base das mudanças no modo de se tratar e acolher as pessoas com transtornos mentais.

No novo modelo de atenção, surgiram no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que 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 portaria MS/GM 336/02 (BRASIL, 2002) em seu artigo IV especifica em quatro itens as funções dos CAPS: a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

Em 2010, sob o tema *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar*

*desafios*, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirmou o caráter público do atendimento em saúde mental e a exigência de que as equipes encarregadas dos cuidados em saúde mental sejam compostas por no mínimo três profissionais capacitados para esse mister, de acordo com os ditames da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2010).

Dados do Conselho Nacional de Saúde informam que cerca de 9% dos brasileiros de diversas faixas etárias necessitam de algum tipo de cuidado em saúde mental sob a forma consultas, aconselhamentos, grupos de orientação ou outras maneiras de abordagem, para os chamados transtornos mentais leves. Já os transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas estão presentes em pelo menos 10% da população acima de 12 anos. Para o enfrentamento desse cenário o governo brasileiro fez distribuir, em todos os Estados, “[...] 725 CAPS I, 406 CAPS II, 46 CAPS III, 242 CAPS ad e 122 CAPSi, num total de 1.541 serviços (63% de cobertura). Além dos CAPS, a Atenção Básica, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), também oferece atenção às pessoas com transtornos

mentais. A rede de atenção à saúde mental é diversificada, e também envolve os hospitais gerais, os Centros de Convivência e as ações de geração de trabalho e renda. Pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos recebem o auxílio reabilitação psicossocial (através do Programa de Volta para Casa) podem ser acolhidas e morar nas Residências Terapêuticas”. (BRASIL, 2010).

O diferencial proposto nesse novo modelo de atendimento é que os pacientes, antes atendidos em hospitais, adquiriram o direito ao convívio social e a serem agentes de seu próprio tratamento, participando das decisões envolvidas no funcionamento dos serviços.

## **O ÔNUS DA SAÚDE MENTAL**

A importância da saúde para o desenvolvimento de uma região ou país não pode ser negada. Amartya Sen (2000) coloca a liberdade como condição *sine qua non* para o desenvolvimento e essa liberdade como desenvolvimento passa, segundo o autor, pelo acesso à saúde e ausência de uma morbidez que pode levar a viver anos de incapacidade que muitas vezes culminam com a morte prematura.



Os custos econômicos dos transtornos da saúde mental para a sociedade e, por corolário, para o desenvolvimento regional, revestem-se de importância por imprimir às pessoas, à família e à região como um todo um ônus que pode ser mensurado. Entre os componentes possíveis de mensuração estão os serviços sociais e de saúde, desemprego, a redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos cuidadores, segurança pública e mortalidade prematura. (RELATÓRIO, 2001). Esses custos econômicos agregados aos transtornos mentais são creditados diretamente na conta do desenvolvimento regional e esses custos sempre são altos e calculados em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). Rice et al., citados no Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001), chegaram ao resultado de 2,5% do PIB nos Estados Unidos da América.

Embora os citados autores não tenham referenciado dados do Brasil, infere-se que o País também tenha seu desenvolvimento regional comprometido por consequências dos transtornos da saúde mental que, via de regra, são crônicos e incapacitantes. Projeções de Murray e Lopez (2000) para 2020 indicam um

acréscimo de 15% nos transtornos mentais como causa do ônus da incapacidade.

### **CAPACITAÇÃO PARA TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL**

Uma das conclusões dos estudos elaborados para a implantação das Políticas Públicas de Saúde no país, favorecida pela criação do Serviço Único de Saúde (SUS) que trazia no bojo o novo modelo de atenção em saúde mental, foi a indicação de que essa implantação deveria passar, obrigatoriamente, pela educação permanente. Nessa visão, o Ministério da Saúde instituiu em 2004, por meio da Portaria 198 (BRASIL, 2004), a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde. Vale recordar que no ano anterior já havia sido criado o Departamento de Gestão de Educação em Saúde.

A portaria 198 (2004, art. 1º), entre outras coisas, configura o colegiado gestor como Polo de Educação Permanente em Saúde que passou a ter, como uma de suas funções, "identificar necessidades de

formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde [...]"

Desde então surgiram discussões sobre o reordenamento das políticas de recursos humanos no SUS e a educação como a mola que possibilita que as pessoas melhorem suas atuações e desenvolvam suas capacidades produtivas. Esses embates fizeram com que a capacitação das pessoas do setor saúde passasse a figurar, a partir de 2004, como parte integrante dos diversos setores da saúde, inclusive o da saúde mental.

Ficou, assim, implícita, a necessidade de que o trabalhador tenha uma formação básica, uma formação específica e um vínculo com a organização para que possa oferecer seus melhores resultados. Ilustra bem esse conceito o pensamento resumido por Morosini (2005, p.9) quando propõe a compreensão do trabalho como "uma produção social que tem dimensões individuais e coletivas" que contribuem de forma substancial para o atingimento de metas e objetivos da

organização. Nesse cenário, atingir um maior grau de capacitação pode ser entendido como um desejo de funcionários que vêm nessa conquista um degrau para o alcance de patamares salariais mais confortáveis, autorrealização e possibilidade de desenvolver suas funções com mais eficiência.

Ao reconhecer que a formação de recursos humanos "capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura" 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, 2007). O quadro a seguir traz o portfólio das ações do DEGES para o aperfeiçoamento do profissional de saúde em geral.

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 nov. 2005
Política de Educação Permanente	Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	2007	Portaria GM/MS nº. 1.996, 20 ago. 2007
Revalidação de Diplomas Médicos	Revalidação de diplomas de curso médico obtidos no exterior	2007	Res.CNE/CES nº. 8, de 4 de out. 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 mar. 2010
UnA-SUS	Propiciar a realização de cursos de atualização profissional	2010	Decreto presidencial nº. 7.385, de 9 nov.e 2010
Pró-internato	Apoiar o internato médico em Universidades Federais	2010	Portaria <a href="#">MS/MEC nº. 04</a> , de 03 mar. 2010
Telessaúde Brasil Redes	Apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde	2011	Portaria nº. 2.546, de 27 out. 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, DOU nº. 32/2004, seção I	
Educação técnica	Busca do aperfeiçoamento profissional e educação permanente do trab. nível médio		

Portfólio das ações do DEGES. Fonte: <<http://portal.saude.gov.br>>. Elaboração do autor

No mesmo ano de 2003, percebendo a necessidade de unificar as diversas políticas de saúde existentes, o MS instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida com o nome de HumanizaSUS, em que a gestão e a atenção fizeram um casamento indissolúvel (BRASIL, 2004). A desvalorização dos trabalhadores em saúde, com a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento na capacitação desses funcionários e modelos de gestão centralizados e verticais, foram fatores desencadeantes desta política

integradora (BRASIL, 2004). O conceito de Humanização, segundo a política da PNH, inclui a valorização dos trabalhadores em saúde, usuários e gestores, dando-lhes maior autonomia, divisão de responsabilidades e estabelecimento de vínculos com participação efetiva no processo de gestão, em suma, um empoderamento dos sujeitos participantes do processo.

Sob o tema *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (2010)

recomenda imediata implantação de política de especialização e capacitação para os trabalhadores em saúde mental, que devem ter noção real do que seja a rede de atendimento em saúde mental, ou seja, que o atendimento se propõe a ser realizado pelos funcionários que sejam Agentes Comunitários de Saúde, participem da Estratégia de Saúde da família, estejam nos Centros de Atenção Psicossocial, nas Unidades Psiquiátricas dos Hospitais Gerais e nos Hospitais Psiquiátricos. Para que a rede funcione é necessário que seus atores adquiram conhecimentos de natureza interdisciplinar.

O referido documento só não pontua como esses técnicos foram ou serão capacitados para o desempenho de suas funções junto às pessoas com transtornos mentais, considerando que a otimização desse desempenho supõe melhora na capacidade de cuidados em saúde. Essa ênfase 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 está fadado à ineficiência”.(SILVA; OLIVEIRA; KAMIMURA, 2011, p.16).

Outra questão pontual, não especificada no documento, é o fato de que “as políticas de saúde mental, além de serem executadas por pessoas treinadas e capacitadas, devem considerar o envolvimento dos usuários, afinal são essas pessoas que vão sentir e viver as políticas apresentadas”. (SILVA; OLIVEIRA; KAMIMURA, 2011, p. 1-16).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora o objetivo principal da pesquisa tenha sido o de avaliar o nível de capacitação em saúde mental dos funcionários dos referidos CAPS, tanto na fase pré-admissional como quando em fase de atuação, o questionário, composto de vinte itens, incluiu outras questões referentes à escolaridade, vínculo empregatício, tempo de trabalho, área de atuação, número de funcionários para o desempenho do trabalho, e uma avaliação dos CAPS e do grau de dificuldade que o funcionário encontra para desempenhar sua função. A última questão, aberta, oferece ao sujeito da pesquisa a oportunidade de contribuir com informações adicionais sobre a sua atuação na entidade.

A primeira questão mostra que a escolaridade dos funcionários é

elevada, pois 58,3% têm curso superior e 33,3%, têm curso médio, sendo que apenas 6,9% são detentores de diploma de ensino fundamental.

O tempo de trabalho nos CAPS também é alto considerando-se que 33,3% estão trabalhando há mais de um ano e 31,9% há mais de cinco anos, mas quando a abordagem é sobre o vínculo empregatício, o resultado mostra que 51,4% são contratados, ou seja, mais da metade dos trabalhadores dos CAPS pesquisados não têm um vínculo forte com o serviço. Essa relação de trabalho é precária e paradoxal, pois a quem cabe estabelecer vínculo com pacientes não é vinculado ao serviço. Essa insegurança de permanência deixa o funcionário em regime de completa instabilidade, sempre na dependência de indicações ou arranjos político-partidários e tendo sempre que contar com o aval do gestor municipal. A capacitação técnica do funcionário não é levada em conta nesse contexto. Nesse cenário, o exercício de funções e práticas profissionais nos CAPS terá sempre como componente a sua autonomia diminuída, ou seja, a sua condição de vulnerabilidade.

Nesse contexto, acredita-se que a cidadania do funcionário fica comprometida. Ou seja, o projeto terapêutico que apregoa a inclusão social tem seus próprios trabalhadores tratados como excluídos numa clara contradição ao discurso difundido. A PNH implementada desde 2004, que considera fundamental a valorização do trabalhador em saúde e onde a atenção e a gestão são indissociáveis, necessita ser melhor exercida nas instituições pesquisadas. (BARROS; MORI; BASTOS, 2009).

Numa visão diferente do que preconiza a portaria MS/GM 336/2002, a pesquisa classificou os funcionários em Equipe técnica, 47,2 %, Equipe de apoio, 33,3%, e ofereceu a opção Outra, 18,1%, sendo considerados técnicos os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, administradores), de apoio os profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem, artesãos, recepcionistas) e na categoria outros os funcionários que cuidam da segurança, guardas noturnos ou da limpeza.

Em relação ao grau de importância que atribuem ao trabalho que realizam, 93,1% dos trabalhadores

o classificaram como muito importante, deixando claro que têm a percepção da relevância do tipo de função que exercem.

Muito embora 72,2% dos trabalhadores tenham afirmado que trabalhar em CAPS foi uma escolha, sua capacitação e treinamento para iniciar a função atingem a cifra de 87,5% de respostas negativas. Este é um aspecto relevante detectado pela pesquisa. Trabalhadores que iniciam uma tarefa sem treinamento prévio são factíveis de cometerem mais erros e de sofrerem acidentes com maior frequência. A legislação brasileira, por meio da Norma Regulamentadora 32 trata de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, esclarecendo, no item 32.2.4.9, que “o empregador deve assegurar capacitação aos trabalhadores, antes do início das atividades e de forma continuada [...]”. (MANUAIS DE LEGISLAÇÃO ATLAS, 2007, p. 472). Os trabalhadores dos CAPS pesquisados não foram contemplados com a exigência da referida Norma em 87,5% dos casos. Isso preocupa por se tratar de pessoas que vão desempenhar a relevante função de construir cidadania para pessoas com transtornos da saúde mental. Mais

uma vez a pesquisa depara-se com o paradoxo de funcionários terem que desempenhar uma função para a qual não foram capacitados e, portanto, não incluídos nas exigências da Lei.

Quando a pesquisa aborda a questão “Você já fez cursos de capacitação na área de saúde mental depois que passou a trabalhar no CAPS?”, a preocupação não diminui, pois 66,7% dos trabalhadores responderam de maneira negativa a esta questão, tornando claro que os trabalhadores em saúde mental não estão sendo capacitados para o exercício da função.

A disponibilidade de cursos de capacitação foi abordada no questionário e os resultados foram de insuficientes em 38,9 % e mesmo inexistentes em 25% das respostas.

Quando a abordagem é sobre treinamento periódico, 86,1% dos funcionários responderam que não recebem treinamento periodicamente, caracterizando, uma vez mais, uma mão de obra que exerce as funções sem treinamento prévio e sem capacitação depois do ingresso.

Como seria de se esperar após a análise das respostas anteriores, a necessidade de fazer cursos de capacitação na área está muito

presente nesta classe de trabalhadores que querem exercer seu trabalho com conhecimento de causa, “para que se apropriem e transformem os seus próprios processos de trabalho”. (BICHAFF, 2006, p.184). A pesquisa encontrou 93,1% de respostas positivas para esta questão, mostrando a sede de aperfeiçoamento, até mesmo pela proposta de cuidar na comunidade, da parceria com a família e de entender o que seja doença mental, que traz consigo sofrimento e necessita de tratamento psicofarmacológico e psicossocial.

Num processo de refinamento, a pesquisa quis saber em quais aspectos ou temas os funcionários gostariam de receber capacitação e o resultado mostrou claramente dois aspectos. Primeiramente a gama de assuntos, que chegou a 29 temas sugeridos, em segundo lugar, a preocupação dos trabalhadores em relação à questão de álcool e drogas que está presente em 13,4% das sugestões, seguido de saúde mental em geral com 12,5%, grupo terapêutico com 8,9%, atendimento na crise com 8%, psicofarmacologia 6,3%, defesa pessoal com 5,4% dentre outras. Esta última sugestão traduz o medo e a fantasia que até funcionários

de CAPS mantêm em relação à violência e periculosidade que pessoas com transtornos da saúde mental podem representar. Para Barros, Mori e Bastos (2009, p. 110), “As transformações nos locais de trabalho só se efetivam com as lutas que os trabalhadores podem travar de forma a envolver o maior número possível de seus pares formados para e nesse processo”.

Ao averiguar a equivalência entre o número de funcionários e a demanda dos serviços, isto é, se os funcionários trabalham sobrecarregados ou se a demanda é pequena, os dados apurados pela pesquisa mostram que 77% dos entrevistados consideram insuficiente o número de funcionários.

Em relação à avaliação quanto à atuação do poder público nas respectivas entidades, observou-se que 20,8% dos funcionários a consideram péssima, 19,4% ruim, e 41,7% apenas regular. Essa realidade surpreende, pois como todos os CAPS são gerenciados pela secretaria municipal de cada cidade e, portanto, o gestor municipal é o principal responsável pelo desempenho dos CAPS, este relacionamento deveria

ser apontado como ótimo ou pelo menos bom em outro percentual.

Alguns gestores do SUS, em nome da “carência” da população, do “direito” do usuário da saúde, de “responder às demandas da população usuária”, submetem o trabalhador a todo tipo de autoritarismo e de precarização nas relações de trabalho (OLIVEIRA et al., 2009, p. 523). Para os autores, a precariedade é a característica mais difundida nas relações de trabalho nos dias atuais e precarização deve ser entendida como uma experiência combinada de falta de garantias no trabalho, incerteza e insegurança do corpo, do eu e de suas extensões, ou seja, posses, vizinhança e comunidade. Este trabalho confere veracidade às afirmações dos referidos autores quando encontra 51,4% dos trabalhadores dos CAPS pesquisados trabalhando sob o regime de contrato e atuação do poder público considerada péssima, ruim e regular em 81,9% das respostas. Há urgente necessidade dos atores mudarem esta situação.

As instalações físicas onde os CAPS pesquisados estão sediados também foram motivo de avaliação pelos trabalhadores que neles ficam boa parte do dia cuidando das

pessoas com transtornos mentais. Nesse cenário, apesar da expectativa de que os CAPS sejam instituições com instalações físicas adequadas e condizentes com a condição de cidadão que os pacientes psiquiátricos sempre fizeram jus, a pesquisa concluiu que essas instalações não vão bem. O resultado mostra que 83,3% dos funcionários destes CAPS as consideram regulares, ruins ou péssimas.

Apesar de um considerável percentual de dados já apresentados apontar para um cenário de desconforto em relação a alguns temas, a equipe se sente preparada para atender o paciente. O preparo, aqui entendido como disponibilidade, aparece de maneira positiva na pesquisa quando 51,4% dos trabalhadores o classificam como bom. Quanto à questão sobre o regime de trabalho, e apesar da sobrecarga de trabalho evidenciada em pergunta anterior, 58,3% dos trabalhadores consideraram como bom o regime de trabalho e ótimo em 13,9 % das respostas.

Outro item abordado pela pesquisa referiu-se à remuneração dos trabalhadores, um aspecto fundamental em uma sociedade



capitalista. Adam Smith já ensinava que “[...] o trabalho foi o primeiro preço, a moeda original com que se pagaram todas as coisas. Não foi com ouro ou prata, mas com trabalho, que toda a riqueza do mundo foi originalmente adquirida; e seu valor para os que o possuem e desejam trocá-lo por novos produtos, é precisamente igual à quantidade de trabalho que lhes permite comprar ou ter à disposição. (SMITH, 2003, p. 39).

As respostas fornecidas pelos trabalhadores pesquisados vão ao encontro da lição de Smith quando 40,3% consideraram a remuneração apenas regular, 23,6% ruim e 20,8% péssima, conforme resultado apurado. Entende-se que os trabalhadores em saúde mental deveriam ser mais bem remunerados para poderem exercer de maneira digna sua cidadania, estarem incluídos na sociedade e comprarem seus “novos produtos” como relatou Smith.

Em outra abordagem, a pesquisa pontuou a questão da satisfação dos trabalhadores e apesar das instalações precárias, da remuneração não condizente e da falta de capacitação antes e depois do ingresso no serviço, os trabalhadores responderam que estão satisfeitos

com o trabalho que realizam, sendo que 40,3% o classificaram como bom e 12,5% como ótimo. As opções Regular, Ruim e Péssimo perfazem um total 45,8% do total de respostas.

As dificuldades de atuação no trabalho, direcionadas pela pergunta “Você tem dificuldades de atuação em seu trabalho?” também foram contempladas pela pesquisa que colheu os seguintes resultados: 62,5% responderam não ter dificuldades, enquanto 36,1% declararam ter dificuldades.

Refinando a pesquisa, o questionário colocou situações de dificuldades para que o trabalhador as classificasse como *Grande, Média, Pequena, Nenhuma e Não sei avaliar*.

A primeira situação pesquisada foi o acolhimento do paciente, procedimento que todo trabalhador de CAPS tem por obrigação saber fazer, porém não foi isso que a pesquisa mostrou. Apenas 44,4% dos trabalhadores responderam que não têm nenhuma dificuldade em fazer o acolhimento das pessoas que chegam ao serviço.

Outra questão inquiriu sobre o grau de dificuldade enfrentado pelos trabalhadores quando o paciente está em crise. Esse é um momento que

exige maior habilidade e trato com o doente, que pode estar agressivo e difícil de ser controlado. A capacitação para enfrentar essa situação é fundamental e o resultado da pesquisa confirma isso, pois 25%, responderam ter grande dificuldade, 22,2% dificuldade média e 26,4% dificuldade pequena. A opção nenhuma dificuldade figurou apenas em 11,1% das respostas.

O ato de medicar na crise exige um grau maior de conhecimento e capacitação. Na realidade, seria o momento mais difícil do trabalho, o que justifica apenas 2,8% dos entrevistados ter respondido que não têm nenhuma dificuldade. Apesar de que medicar seja um ato médico e, portanto, exclusivo e da competência do médico, a pesquisa fez o questionamento a toda a equipe por considerar o envolvimento de todos nesse fazer. Todos os trabalhadores dos CAPS agem também como terapeutas, desde o porteiro, motorista, recepcionista, psicólogo, enfermeiro e, claro, o médico. Considerou-se não apenas o ato de prescrever o medicamento, mas o fato de saber cuidar, de estar com o usuário durante a crise.

Mesmo para o cuidado fora da crise os funcionários não se sentem seguros, sendo que apenas 41,7% responderam não ter dificuldade nesse cuidado. Esse percentual merece ser analisado com mais vagar pelos responsáveis pelas políticas públicas na área de saúde mental, uma vez que o trabalhador em saúde mental também lida “com o limite humano”, como lembra Campos (2009, p.15).

O refinamento técnico da pesquisa perguntou o grau de dificuldade do funcionário no relacionamento com as famílias, assunto que trabalhadores de CAPS precisam manejar com maestria, já que a família é parceira, ou seja, divide riscos e responsabilidades no tratamento da pessoa com transtornos da saúde mental. Porém, apenas 29,2% responderam que não tinham nenhuma dificuldade no estabelecimento dessa relação, mostrando que os funcionários dos CAPS devem ser capacitados em áreas como essa, também de fundamental importância para o trabalho nos CAPS.

A reinserção social da pessoa com transtornos da saúde mental, tida como o tema mais caro ao modelo biopsicossocial, também foi

contemplada na pesquisa. Todo o sistema está voltado para tornar essa pessoa um cidadão, novo sujeito de direitos, capaz ou incapaz, mas cidadão. Para isso há necessidade de ações de inclusão, como conseguir documentos pessoais para quem não os tem, moradia e segurança, relacionamentos e, quem sabe, emprego e renda. Nesse quesito, as respostas dadas ao questionário foram desapontadoras, já que apenas 22,2% dos trabalhadores responderam não encontrar dificuldades na realização deste procedimento, considerado o mais importante sob o aspecto psicossocial no tratamento de pessoas com transtornos mentais.

Num momento em que o país patrocina um sistema que privilegia o modelo biopsicossocial e enfrenta grave epidemia pelo uso de drogas, notadamente o CRACK, encaminhar estes pacientes para serem atendidos por funcionários não capacitados para a tarefa deve constituir motivo para reflexões profundas e servir de subsídio para o estabelecimento de políticas que reconheçam a estreita relação entre o desenvolvimento regional, a saúde mental dos cidadãos e a existência de funcionários

qualificados para realização deste trabalho.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cenário descortinado pela pesquisa mostra trabalhadores que não foram capacitados para a tarefa, têm sido mal remunerados, apresentam-se sem vínculo com os serviços e com grandes dificuldades para a realização de seu trabalho. Pode-se, portanto, concluir que a saúde mental continua sendo um tema não prioritário para os governos, que ainda não conseguiram perceber que saúde mental é tanto ou mais importante que a saúde física.

A questão da valorização dos funcionários, sua cidadania e seus direitos tem como principais dispositivos, preconizados pelo HumanizaSUS, a horizontalização do poder de mando, o trabalho em equipe, a democratização das decisões e a co-responsabilização dos gestores, trabalhadores e usuários, mas o que se observa é que a Política Nacional de Humanização ainda não está plenamente implantada e sua efetivação dependerá da participação de todos os seus atores, ou seja, trabalhadores da saúde, usuários e gestores.

Os CAPS são anteriores à PNH e muitas das suas ações já eram e continuam sendo realizadas nessas instituições. A clínica ampliada, o projeto terapêutico singular é praticado pelos CAPS mesmo antes do advento da PNH. Este trabalho indica que só os dispositivos da PNH são insuficientes para uma implementação da valorização dos trabalhadores em saúde. Há outras necessidades. A cidadania, para ser exercida plenamente pelos trabalhadores, não pode ser refém de arranjos políticos partidários, carecendo de um plano de carreira, cargos, subsídios e salários humanizados.

Em relação à capacitação, a pesquisa mostrou, de maneira inequívoca, que os trabalhadores precisam ser capacitados na área de saúde mental. O percentual de 93,1% mostra que os trabalhadores sentem necessidade de realizar cursos de capacitação ou treinamento, mostrando ser esta uma das necessidades básicas não atendidas pelos serviços. Verifica-se que o treinamento periódico, que faz parte da rotina da maioria dos trabalhadores brasileiros, não ocorre com os trabalhadores dos CAPS do Tocantins.

Nesse mote, destaca-se uma iniciativa que reflete a situação vivida pelos funcionários dos referidos CAPS: logo após a finalização das buscas de dados para composição deste trabalho, o governo tocantinense, numa parceria com a Fiocruz, disponibilizou curso de especialização em saúde mental para todos os trabalhadores em saúde, restringindo a participação apenas para os efetivos que, como mostrado, é minoria. Essa informação reflete, de maneira inequívoca, como a precarização, aqui simbolizada pela falta de vínculo empregatício, exclui até mesmo os que trabalham pela inclusão.

A pesquisa também encontrou trabalhadores com dificuldades em procedimentos que são essenciais ao funcionamento dos serviços, entre eles a realização de inserção social, relacionamento com as famílias, fazer atendimento do doente quando em crise e até cuidar fora da crise, resultado da deficiência em capacitação.

Entende-se que a pesquisa respondeu ao objetivo proposto ao analisar as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde mental nos CAPS do Sul do estado do Tocantins e concluiu que um elevado percentual de

funcionários (87,5%) não recebeu capacitação na fase pré-admissional, mostrando que o trabalhador de saúde mental está sendo obrigado a exercer função para qual não foi capacitado, ou seja, não tem a exata compreensão de sua função.

Todos os documentos pesquisados são repetitivos em relação à necessidade de capacitação, mas não mostram nenhum percentual, nenhum resultado concreto sobre a situação de capacitação nos CAPS. Nesse sentido, este trabalho pode ser tomado como marco para ações concretas sobre o assunto,

priorizando a efetiva implantação da PNH com ênfase na valorização dos trabalhadores em saúde mental, não perdendo o foco nos usuários e a participação dos gestores num trabalho democrático, com gestão e atenção associados.

Acredita-se, por final, que os resultados da pesquisa possam ser entendidos como uma realidade presente e sirvam para subsidiar mudanças nas políticas em saúde mental nos municípios dos CAPS pesquisados, em outros municípios, no estado do Tocantins e, quiçá, no território nacional.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. O peso ignorado e subestimado das doenças mentais no mundo. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: CRM do Estado de São Paulo, 2010.

BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MORI, Maria Elizabeth; BASTOS, Solange de Souza. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (Orgs.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

BICHAFF, Regina. *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, USP, 2006.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 5 de outubro de 1988. Presidência da República. Brasília: Senado Federal, 2002.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (Org.). *Direito Sanitário e Saúde Pública*. v. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. *Portaria 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de CAPS. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº. 198/GM/MS*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/admin\\_ses/diretoria.../PORTARIA%20198.doc](http://www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria.../PORTARIA%20198.doc)>. Acesso em: 20 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 1.996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-2007](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-2007)>. Acesso em: 20 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental* Intersectorial. 2010. Conselho Nacional de 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.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. A evolução do movimento da antipsiquiatria. *Debates*, ABP, ano 1, nº 4, jul/ago 2009.

HOBSBAWM, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

MANUAIS de Legislação Atlas. *Segurança e Medicina do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria. Apresentação. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MURRAY, CJL; LOPEZ, AD. Progress and direction in refining the global burden or disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 2000.

OLIVEIRA, Gustavo N. de; PENA, Ricardo S.; AMORIM, Simone Cristina de; CARVALHO, Sergio R.; AZEVEDO, Bruno Mariani S.; Martins, Anderson Luiz Barbosa; GUERRA, Maíra B.. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do

SUS. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.523-9, 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a05v13s1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a05v13s1.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2012.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2007-2010. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Secretaria de Atenção à saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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.

SEN, Amartya Kumar. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, S. P.; OLIVEIRA, A. L.; KAMIMURA, Q. P.. Capacitação em saúde mental: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde. In: VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2011, Rio de Janeiro. *Anais do VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011. v. 1. p. 1-16.

SMITH, Adam. *A riqueza das nações*. v. 1. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

WHO. *Evidence on Health and Development*. In: World Health Organization *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Who Library, India, 2004.

---

Recebido em: 03 out. 2012  
Aprovado em: 22 nov. 2012