

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL

TEAMS COMPOSITION OF THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTERS IN SOUTHERN BRAZIL

COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS DE CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL EN LA REGIÓN SUR DE BRASIL

Denise Silva da Silveira¹
Michele da Silva Corrêa²
Mirelle Oliveira Saes³
Luciane Prado kantorski⁴
Vanda Maria da Rosa Jardim⁵
Cristiane Quadrado da Rosa⁶

Doi: 10.5902/2179769210013

RESUMO: Objetivo: descrever a composição das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com características sociodemográficas, do trabalho, da formação e qualificação como contribuição a avaliação dos investimentos públicos na gestão do trabalho e educação permanente. **Método:** realizou-se um estudo transversal integrado a pesquisa “Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil”. **Resultados:** a maioria dos trabalhadores eram mulheres (78%), concluiu ensino superior, trabalhava em média 30 horas por semana e possuía um emprego. Cerca de 30% possuía vínculo de trabalho precário. Observou-se baixo percentual de médicos (62%) e enfermeiros (26%) com especialização em saúde mental e deficiência quantitativa de profissionais de nível médio e técnico (53%). **Conclusões:** Destaca-se a importância da formação adequada das equipes e a necessidade de despreciação do trabalho. Os resultados sugerem uma lacuna a ser preenchida rumo ao que é preconizado para a composição profissional dos CAPS.

Descritores: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Recursos humanos; Formação de recursos humanos.

ABSTRACT: Aims: describe the composition of the teams of the Center of Psychosocial Attention (CAPS), according to sociodemographic characteristics, work, training and professional qualification and thus contribute to the evaluation of the public investment in the management of work and continuing education. **Methods:** it is a cross-sectional study integrated to the research “Evaluation of CAPS in southern Brazil”. **Results:** the majority of the workers were women (78%), with higher education, with an average workload of 30 hours weekly, with a single job. About 30% had poor working relationship. We found a low percentage of doctors (62%) and nurses (26%) specializing in mental health

¹ Médica, Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: denisilveira@uol.com.br.

² Enfermeira, Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: michelescorrea@gmail.com.

³ Fisioterapeuta, Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil, e-mail: mirelle_saes@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, e-mail: kantorski@uol.com.br.

⁵ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil, e-mail: feo@ufpel.tche.br.

⁶ Enfermeira, Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: crisquadrado@ig.com.br.

and quantitative deficiency of midlevel and technical professionals in the health teams (53%). **Conclusions:** we emphasize the importance of adequate training of the teams and the need to fight precarious work. The results suggest a gap to be filled into what is advocated for the CAPS's workforce composition.

Descriptors: Mental health; Mental health services; Human resources; Staff Development.

RESUMEN: Objetivo: describir la composición de los equipos de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), según características sociodemográficas, del trabajo y de la formación y cualificación contribuyendo a la evaluación de las inversiones públicas en gestión del trabajo y en educación permanente. **Método:** estudio transversal integrado a la investigación "Evaluación de los CAPS en la Región Sur de Brasil." **Resultados:** la mayoría de los trabajadores eran mujeres (78%), con estudios superiores concluidos, trabajaba en promedio 30 horas a la semana y tenía un empleo. Alrededor del 30% tenían vínculo de trabajo precario. Se encontró bajo porcentaje de médicos (62%) y enfermeros (26%) con especialización en salud mental y déficit cuantitativo de profesionales de nivel medio y técnico (53%). **Conclusiones:** Resalta la importancia de la formación adecuada de los equipos y la necesidad de desprecarización del trabajo. Los resultados sugieren una brecha por cubrir en relación a lo propuesto para la composición profesional de los CAPS.

Descriptor: Salud mental; Servicios de salud mental; Recursos humanos; Desarrollo de personal.

INTRODUÇÃO

O sucesso da implantação integral de novos modelos assistenciais nos sistemas de saúde é seguramente influenciado pelos recursos humanos disponibilizados.¹⁻² No Brasil, a implantação do processo de reforma psiquiátrica em 2001 estabeleceu a reorientação da atenção em saúde mental que passou a ser pautada na desinstitucionalização da loucura, propondo o desafio de concretizar a atenção integral a saúde das pessoas com sofrimento psíquico.³⁻⁴

A partir desta reforma, as internações em hospitais psiquiátricos foram substituídas gradativamente por atendimento na rede integrada de serviços assistenciais: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas e as residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local.⁴⁻⁶ Entre 2001 e 2011 o número de CAPS triplicaram, passando de 424 para 1541.²

Os CAPS são serviços de saúde mental comunitários, responsáveis por atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. O trabalho é realizado por equipe multiprofissional sob a lógica da territorialidade e as atividades desenvolvidas nestes espaços são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, lúdicas, arte terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste sentido, o serviço oferecido pelo CAPS fortalece a concepção de que a família é considerada como parte fundamental do tratamento, havendo a necessidade da oferta de atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço pelos familiares, sempre que se fizer necessário.⁶⁻⁷

Contudo, apenas modificar a legislação e implantar os CAPS pode não garantir o alcance da mudança desejada na atenção à saúde mental e reorganização da rede assistencial, dada a pluralidade e interdisciplinaridade das relações institucionais entre intersubjetividade, gestão, formação profissional e clínica^{6,8}. A composição adequada das equipes e seu comprometimento com o processo de reabilitação psicossocial são estratégicos para a estruturação e redirecionamento da Reforma Psiquiátrica.^{6,8-11}

Este estudo foi desenvolvido mediante a necessidade de descrever a composição das equipes dos CAPS I e II da região sul do Brasil de acordo com características sociodemográficas e do trabalho, formação e qualificação para atuar nestes serviços no sentido de contribuir com futuras avaliações da efetividade das políticas de gestão do trabalho e educação permanente em saúde mental.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal descritivo que integra a pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), contemplado no Edital 07/2005 apoiado pelo Ministério da Saúde.

O CAPSUL foi coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, desenvolvendo o estudo com a parceria da Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Cascavel. De um total de 102 CAPS (52 CAPS I e 50 CAPS II, nos três estados da Região Sul do Brasil), registrados no Ministério da Saúde no ano de 2005, foram sorteados aleatoriamente a partir de uma amostra que respeitou a proporcionalidade de serviços por estado: três CAPS no Paraná - um CAPS I e dois CAPS II (um no interior e outro na capital); nove CAPS em Santa Catarina - cinco CAPS I e quatro CAPS II (três no interior e um na capital); e 18 CAPS no Rio Grande do Sul - nove CAPS I e nove CAPS II (oito no interior e um na capital).

A amostra prevista de trabalhadores incluía todos os profissionais dos CAPS selecionados, com uma estimativa de 10 a 15 por tipo de serviço: 205 no CAPS I e de 261 no CAPS II. Este tamanho de amostra possibilitou estudar os desfechos de interesse do CAPSUL, com prevalências variando de 5,8% a 76%, nível de confiança entre 80% a 95% e erro aceitável entre dois e três pontos percentuais (Quadro 1).

Quadro 1. Parâmetros utilizados para o cálculo amostral do estudo dos trabalhadores de CAPS. CAPS-SUL, 2005.

Desfecho	Prevalência	Nível de confiança	Erro aceitável	n	Total*
CAGE	5,8%	90%	2	369	443
Sobrecarga de trabalho	76%	80%	2	333	400
Fumo	13%	90%	3	340	408
Distúrbio psiquiátrico menor	26%	80%	3	351	421

* Acrescido de 20% para controle de perdas e recusas.

Assim, os trabalhadores que atuavam nestes serviços na época do trabalho de campo foram convidados a participar do estudo e responder a um questionário autoaplicado com questões de interesse da pesquisa após assinatura do consentimento livre e esclarecido. Excluíram-se os trabalhadores que não estavam presentes nos CAPS por motivo de férias, licenças ou afastamento. A coleta de dados transcorreu entre 07 de maio e 03 junho de 2006. Os questionários eram revisados e codificados pela equipe de pesquisa na medida em que chegavam à sede do estudo.



As variáveis incluídas nas análises foram: (a) sexo; (b) idade em anos (até 29 anos, 30-37, 38-45, 46 ou mais); (c) cor da pele auto-referida (branca, não branca) (d) situação conjugal (solteiro, casado/com companheiro, separado/divorciado, viúvo); (e) escolaridade (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo, Ensino Técnico completo, Ensino Superior completo); (f) regime de trabalho precário (não, sim); (g) carga horária semanal em horas de trabalho; (h) trabalho em outro local (não, sim); (i) salário no último mês em reais; (j) tempo de trabalho em CAPS em meses; (k) atividade profissional no CAPS (enfermeiro, médico, outros profissionais de nível superior, outros profissionais de nível médio/técnico, outros profissionais); (l) realização de cursos de atualização (não, sim); (m) frequência de realização de cursos de atualização (quinzenal, mensal, trimestral, semestral, anual, eventualmente, raramente); (n) tempo de realização do último curso de atualização (neste mês, 2-6, 6-1ano, mais de 1 ano). Investigou-se a realização de pós-graduação para todos os trabalhadores. Foi considerado vínculo de trabalho precário aquele que não garante aos profissionais direitos trabalhistas e previdenciários.

Digitados no programa *Epi-Info* versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) os dados foram exportados através do aplicativo *Stat Transfer* 5.0 para o programa *Stata* 7.0 (*Stata Corporation, College Station*, Estados Unidos), utilizado para as análises. Realizaram-se análises descritivas para toda a amostra e estratificada de acordo com o tipo de CAPS - I e II. A existência de diferenças em relação às características dos trabalhadores foi explorada, com o uso do teste de *Wald* para heterogeneidade e tendência linear.

O projeto de pesquisa foi conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Of. 074/05 de 11 de novembro de 2005).

RESULTADOS

Responderam ao questionário 420 trabalhadores dos 466 que estavam em exercício profissional à época de realização da pesquisa, o que gerou uma perda de 9,9% (CAPS I= 10,0% e CAPS II= 9,8). Entre os profissionais entrevistados 43,9 % (n= 184) pertenciam ao CAPS I e 56,1 % (n= 235) ao CAPS II.

A amostra estudada foi composta por 78,1% de profissionais do sexo feminino, sem diferença estatisticamente significativa entre os tipos de CAPS, com média de idade de 37,8 anos (DP= 10,1), tendo o CAPS I maior proporção de trabalhadores no grupo etário até 29 anos (30,6%) e o CAPS II no grupo de 38 a 45 anos (28,6%). Quanto à cor da pele, a maioria dos profissionais se declarou da cor branca (87,6%), com maior proporção entre os trabalhadores do CAPS I do que entre os de CAPS II (p= 0,019). Independente do tipo de CAPS, 53,2% dos entrevistados informou ser casado ou ter companheiro, situação conjugal mais prevalente. Considerando a escolaridade dos profissionais, mais de metade da amostra possuía nível superior completo (Tabela 1). A renda mensal a partir do salário recebido no último mês foi em média de R\$ 2.260,00 (DP 984,90) para os médicos, de R\$ 1677,00 (DP 717,11) para os enfermeiros, de R\$ 1640,00 (DP 782,97) para outros profissionais de nível superior e de R\$ 664,00 (DP 390,98) para os de nível técnico/médio, com médias significativamente maiores de renda para os médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior dos CAPS II.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de CAPS de acordo com características sociodemográficas para toda a amostra e por tipo de CAPS. CAPSUL, 2005.

Variáveis	Total % (n)	CAPS I % (n)	CAPS II % (n)	p
Demográficas				
Sexo				0,704
Masculino	21,9 (92)	22,8 (42)	21,3 (50)	
Feminino	78,1 (328)	77,2 (142)	78,7 (185)	
Idade em anos (quartis)				0,094 ^T
Até 29	25,6 (107)	30,6 (56)	21,4 (50)	
30 a 37	24,4 (102)	25,7 (47)	23,5 (55)	
38 a 45	25,5 (107)	21,9 (40)	28,6 (67)	
46 ou mais	24,3 (102)	21,9 (40)	26,5 (62)	
Cor da pele				0,019
Branca	87,6 (368)	91,8 (169)	84,3 (198)	
Não branca	12,4 (52)	8,2 (15)	(37) 15,7	
Situação Conjugal				0,104
Solteiro	29,6 (124)	33,9 (62)	26,0 (61)	
Casado, c/ companheiro	53,2 (223)	53,0 (97)	53,6 (126)	
Separado/divorciado	14,6 (61)	10,4 (19)	17,9 (42)	
Viúvo	2,6 (11)	2,7 (5)	2,6 (6)	
Socioeconômica				
Escolaridade				0,646
Fundamental incompleto	5,5 (23)	6,6 (12)	4,7 (11)	
Fundamental completo	9,6 (40)	8,2 (15)	10,7 (25)	
Médio completo	19,4 (81)	18,6 (34)	19,7 (46)	
Técnico completo	7,9 (33)	6,6 (12)	9,0 (21)	
Superior completo	57,6 (240)	60,1 (110)	55,8 (130)	

Com relação à jornada de trabalho, a carga horária semanal foi, em média, de 30,2 horas (DP= 11,2) para toda a amostra, de 28,9 horas (DP= 11,8) no CAPS I e de 31,2 horas (DP= 10,6) no CAPS II ($p= 0,04$). A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis relativas às demais características do trabalho e à capacitação dos profissionais. O vínculo de trabalho precário alcançou 29,6% dos trabalhadores de CAPS e foi significativamente maior entre os do CAPS I. Quando questionados sobre trabalhar em outro local, 41,0% dos entrevistados afirmaram que tinham outro emprego e tal evento foi mais frequente no CAPS I.

No CAPS I os maiores tempos de trabalho em CAPS incluíram as categorias de até 12 meses (36,2%), enquanto nos CAPS II destacou-se a maior concentração de trabalhadores na categoria de 49 e mais meses com 42,9% ($p<0,001$). Considerando a categoria de maior tempo de trabalho no CAPS atual, 40,0% dos profissionais do CAPS II e 7,2% daqueles do CAPS I trabalhavam no serviço há pelo menos 49 meses ($p<0,001$). A realização de cursos de atualização abrangeu 71,4% dos profissionais entrevistados e um terço destes referiu que o último curso foi realizado no mês anterior à aplicação do questionário.

Tabela 2- Distribuição dos profissionais de CAPS de acordo com características do trabalho e de capacitação para toda a amostra e por tipo de CAPS. CAPSUL, 2005.

Variáveis	Total % (n)	CAPS I % (n)	CAPS II % (n)	p
Vínculo de trabalho precário				0,042
Não	70,4 (264)	64,8 (105)	74,5 (158)	
Sim	29,6 (111)	35,2 (57)	25,5 (54)	
Trabalha em outro local				0,004
Não	233 (55,5)	49,4 (89)	63,8 (143)	
Sim	172 (41,0)	50,6 (91)	36,2 (81)	
Tempo de trabalho em CAPS em meses				< 0,001 ^T
Até 12	27,5 (112)	36,2 (64)	20,5 (47)	
13 e 24	21,9 (89)	27,1 (48)	17,9 (41)	
25 e 48	23,3 (95)	28,8 (51)	19,2 (44)	
49 e mais	27,3 (111)	7,9 (14)	42,4 (97)	
Tempo de trabalho no CAPS em meses				< 0,001 ^T
Até 12	29,3 (119)	38,9 (70)	21,3 (48)	
13 e 24	22,7 (92)	27,2 (49)	19,1 (43)	
25 e 48	22,4 (91)	26,7 (48)	19,1(43)	
49 e mais	25,6 (104)	7,2 (13)	40,4 (91)	
Realizou cursos de atualização				0,103
Não	23,8 (100)	(38) 21,5	27,5 (61)	
Sim	71,4 (300)	78,5 (139)	72,5 (161)	
Tempo de realização do último curso atualização				0,400
Neste mês	33,6 (94)	31,3 (42)	35,6 (52)	
2 a 6 meses	25,7 (72)	26,1 (35)	25,3 (37)	
6 meses a 1 ano	24,3 (68)	28,4 (38)	20,5 (30)	
Mais de 1 ano	16,4 (46)	14,2 (19)	18,5 (27)	

^T Tendência Linear

A realização de pós-graduação foi referida por 39,7% da amostra e em maior frequência entre as equipes do CAPS II (44,8%) em comparação às de CAPS I (33,5%) - $p = 0,018$. Com relação à pós-graduação na área de saúde mental observou-se, entre os trabalhadores de CAPS I, que 16,8% haviam realizado especialização nesta área, apenas um tinha mestrado e nenhum o doutorado. Para os CAPS II foi encontrada uma prevalência de 25% de profissionais com especialização em saúde mental, resultado significativamente maior que encontrado para o CAPS I ($p < 0,001$), 4,6% com mestrado e uma pessoa com doutorado.

Especificamente, considerando apenas os médicos e enfermeiros, encontrou-se que 57,1% dos médicos e 12,5% dos enfermeiros do CAPS I, e que 66,7% dos médicos e 40% dos enfermeiros de CAPS II possuíam especialização na área de saúde mental. Havia um médico de CAPS I e dois médicos e dois enfermeiros do CAPS II com mestrado nesta área e não havia profissionais com doutorado.

Na análise da composição das equipes de acordo com as categorias profissionais por tipo de CAPS, tendo como referência a composição mínima conforme a legislação,⁶ encontrou-se deficiência de profissionais de nível médio e técnico e número excedente de médicos generalistas e de outros profissionais de nível superior (Figura 1).

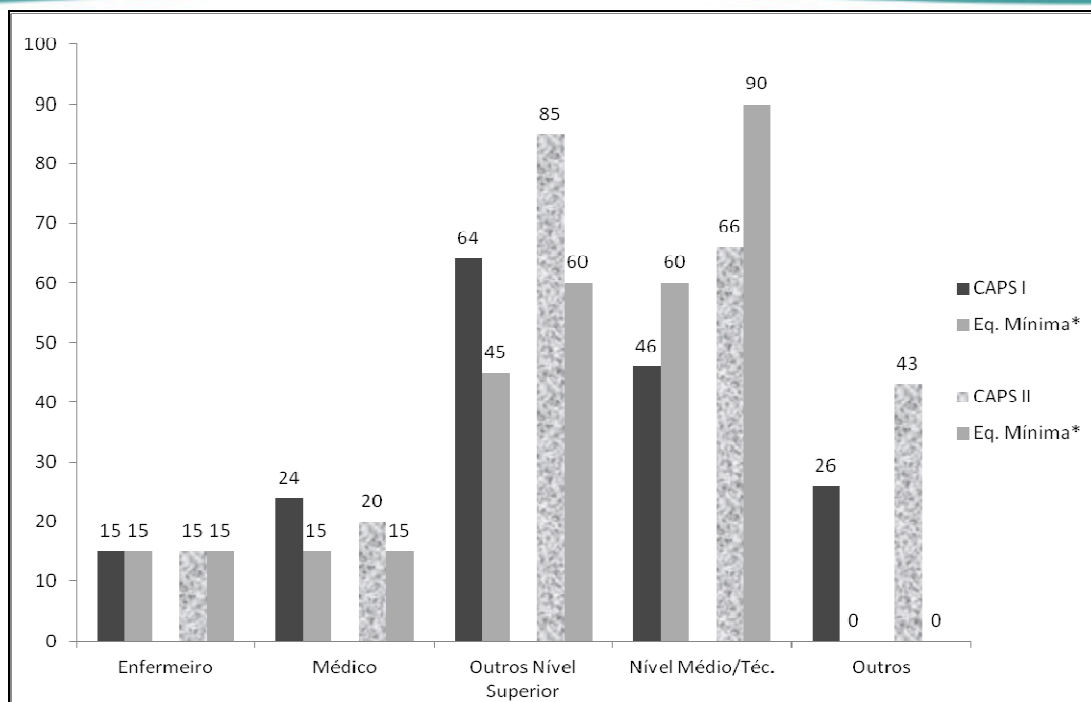


Figura 1- Distribuição dos profissionais de acordo com a categoria profissional e com o tipo de CAPS. CAPSUL, 2005.

*Equipe mínima para os CAPS I e II de acordo com a Portaria nº 336/GM, 2002.

DISCUSSÃO

A implantação dos CAPS no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira introduz novas perspectivas de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, o que suscita a organização de práticas e serviços voltados para a integralidade do cuidado e trabalho em equipe multidisciplinar.^{6,12,13} No entanto, estudos de avaliação de serviços de saúde mental revelam que parte importante da concretização deste modelo depende da qualificação dos profissionais associada a boas condições de trabalho e comprometimento da equipe com o processo de reabilitação psicossocial.^{6,8-11}

Nesse sentido, esse estudo traz contribuições importantes para o conhecimento da composição e das condições de trabalho das equipes de CAPS diante da premissa de que os profissionais de saúde são atores principais para a efetiva reforma psiquiátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).^{6,8}

Houve predomínio de trabalhadores do sexo feminino com idade média de 37 anos na composição das equipes de CAPS o que é semelhante aos resultados encontrados em outros estudos com trabalhadores de saúde mental^{7,12,14} e da atenção básica¹⁵⁻¹⁷, confirmando a feminilização da força de trabalho em saúde no Brasil.

O vínculo de trabalho precário foi uma realidade para um terço ou mais dos trabalhadores. Tal resultado é consistente com a literatura e indica a necessidade de despreciação do trabalho no sistema de saúde.^{9, 14-16, 18-20}

Em relação ao tempo de atuação em serviços de saúde mental em especial a vinculação com o mesmo serviço, observou-se que apenas 30% dos trabalhadores estavam vinculados ao serviço a menos de 12 meses, o que se destaca como um ponto positivo para o serviço de saúde, tendo em vista que a alta rotatividade nas equipes de saúde impede a formação de vínculo e o desenvolvimento de novas práticas.^{17,21}

Pode-se observar também a carência de profissionais de nível técnico e com qualificação nesta área de saúde mental. Essa realidade foi observada em outros estudos com trabalhadores de saúde^{16-18, 22} e é apontada na literatura nacional e internacional como uma das principais barreiras para a qualidade da atenção em saúde mental.^{11,18-23}

Quanto à realização de pós-graduação em saúde mental há uma exigência de formação acadêmica específica dos trabalhadores, regulamentada pela Portaria nº 336/GM 2002, que determina a composição mínima das equipes de CAPS.⁶ Fica estabelecido que médicos lotados em CAPS I tenham formação generalista e em CAPS II sejam psiquiatras; já os enfermeiros em ambos os serviços devem possuir algum tipo de especialização em saúde mental. Observou-se carência de formação específica de médicos e enfermeiros. Tal achado é consistente com o encontrado na literatura.¹⁵⁻¹⁷

CONCLUSÃO

A implantação dos CAPS no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira introduz novas perspectivas de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, o que suscita a organização de práticas e serviços voltados para a integralidade do cuidado e trabalho em equipe multidisciplinar. No entanto, estudos de avaliação de serviços de saúde mental revelam que parte importante da concretização deste modelo depende da qualificação dos profissionais associada a boas condições de trabalho.

De modo geral pode-se concluir que a realidade dos trabalhadores de CAPS, independente do tipo de serviço, sugere uma carência no quesito formação acadêmica específica em saúde mental de acordo com o que é preconizado pela portaria que normatiza o serviço. Para a superação do problema, a oferta de educação permanente em saúde mental, enquanto conceito pedagógico no setor saúde é a estratégia central para lidar com a necessidade constante de reflexão sobre as práticas e saberes em jogo no processo de desinstitucionalização, e adequação das mesmas às necessidades populacionais. É preciso ainda que gestores e planejadores do sistema de saúde coloquem em prática os pressupostos da Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde, almejando que a porta de entrada principal no serviço público seja o concurso.

Assim, estudos de avaliação e monitoramento de programas e serviços de saúde mental são necessários, tanto no contexto da identificação das deficiências e fragilidades para o alcance da qualidade da assistência e garantia de tratamento às pessoas acometidas por transtornos mentais, quanto da verificação da efetividade dos investimentos públicos para o enfrentamento dos problemas. Como limitação deste estudo tem-se a apresentação de dados somente da região Sul do país, o que impossibilita a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; Educação na Saúde).
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
3. Pinho LB, Banon Hernández AM, Kantorski LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2013 mar 16];14(2):260-7. Disponível em: http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=535.



4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 - 2004 [Internet]. Brasília: ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2011 out 10]. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/19902004.pdf>. (Série E. Legislação de Saúde).
5. Koda MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1455-61.
6. Silva NS, Melo JM, Esperidião E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *REME Rev Min Enferm*. 2012;16(2):280-8.
7. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):159-64.
8. Guedes AC, Kantorski LP, Pereira PM, Clasen BN, Lange C, Muniz RM. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2013 mar 20];12(3):547-53. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a19.htm.
9. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no sistema único de saúde. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2007 [acesso em 2013 mar 20];16(3):417-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a06v16n3.pdf>.
10. Filizola CLA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de CAPS diante da nova organização de trabalho em equipe. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 maio 18];10(2):491-503. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8061>.
11. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):879-89.
12. Babinski T, Hirdes A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2004 [acesso em 2013 abr 22];13(4):568-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09>.
13. Camatta MW, Schneider JF. O trabalho de equipe de um centro de atenção psicossocial na perspectiva da família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em 2013 mar 20];43(2):393-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a19v43n2.pdf>.
14. Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AL. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(3):314-20.
15. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no estado do Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(9):1881-92.
16. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Supl1:193-201.

17. Martins AR, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2279-95.
18. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):23-34.
19. Rigotto RM, coordenadora; Observatório de Recursos Humanos em Saúde, coordenação institucional. Análise das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos centros de atenção psicossocial do Ceará [Internet]. Fortaleza (CE); 2007 [acesso em 2011 out 16]. Disponível em: http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Analise_condicoes_org.pdf.
20. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8.
21. Sikwese A, Mwape L, Mwanza J, Kapungwe A, Kakuma R, Imasiku M, et al. Human resource challenges facing Zambia's mental health care system and possible solutions: results from a combined quantitative and qualitative study. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(6):550-7.
22. Andreoli SB, Almeida Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):43-6.
23. Martins RV, Nogueira QDS, Rossetto M, Cosentino SF, Hildebrandt LM, Dalmolin IS. Saúde Mental na Região Norte do Rio Grande do Sul: relato de Experiência. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 set/dez [acesso em 2013 jul 20];2(3):553-9. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3551/pdf>.

Data de recebimento: 19/07/2013

Data de aceite: 09/07/2014

Contato com autor responsável: Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social. Av. Duque de Caxias, 250.

Endereço postal: Av. José Maria da Fontoura, 1212. Bairro Laranjal, Pelotas, CEP 96090370

E-mail: denisilveira@uol.com.br