



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Marco Aurélio de Rezende

Mercado de trabalho para profissionais de saúde mental: um estudo de caso na rede de saúde do município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

Marco Aurélio de Rezende

Mercado de trabalho para profissionais de saúde mental: um estudo de caso na rede de saúde do município do Rio de Janeiro.

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

R467 Rezende, Marco Aurélio de

Mercado de trabalho para profissionais de saúde mental: um estudo de caso na rede de saúde do município do Rio de Janeiro / Marco Aurélio de Rezende. – 2024.
245 f.

Orientador: Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Mercado de Trabalho. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Pessoal de Saúde. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Recursos Humanos. 6. Rio de Janeiro(RJ). I. Dal Poz, Mário Roberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.2(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marco Aurélio de Rezende

Mercado de trabalho para profissionais de saúde mental: um estudo de caso na rede de saúde do município do Rio de Janeiro.

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 18 de abril de 2024.

Orientador: Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense

Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar
Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Maria Inês Carsalade Martins
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que contribuíram de maneira significativa para a conclusão desta tese de doutorado. Sem o apoio e a colaboração de cada um de vocês, esta jornada não teria sido possível.

Em primeiro lugar, desejo expressar minha sincera gratidão ao Professor Mário Roberto Dal Poz, meu orientador, cuja orientação, sabedoria e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Sua orientação constante e incentivadora foi essencial para a finalização desta pesquisa.

Gostaria também de estender meus agradecimentos aos companheiros da CAP 5.1 por sua disposição em participar dos questionários e entrevistas, fornecendo informações valiosas que enriqueceram significativamente este estudo. Sua colaboração e apoio foram indispensáveis para o avanço da pesquisa.

À Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, expresso minha gratidão pela disponibilidade e apoio fornecidos durante todo o processo de pesquisa. Sua cooperação foi fundamental para a realização deste estudo e para a obtenção de dados relevantes.

Não poderia deixar de agradecer também aos meus pais e amigos, cujo apoio inabalável, compreensão e incentivo foram fundamentais ao longo deste percurso. Suas palavras de encorajamento e apoio moral foram o combustível que me impulsionou nos momentos de dificuldade e desânimo.

A todos vocês, meu mais sincero e profundo agradecimento. Este trabalho não teria sido possível sem a contribuição de cada um de vocês.

No coração de todo e qualquer sistema de saúde, a força de trabalho é fundamental para o avanço da saúde.

Organização Mundial de Saúde (OMS).

RESUMO

REZENDE, Marco Aurélio de. **Mercado de trabalho para profissionais de saúde mental**: um estudo de caso na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. 2024. 245 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A análise do mercado de trabalho para profissionais de saúde mental é de extrema importância, considerando a relevância desse setor para o bem-estar e a qualidade de vida da população. Diante das transformações no modelo de atenção em saúde mental, impulsionadas pela Lei da Reforma Psiquiátrica, e das demandas crescentes por serviços de saúde mental na cidade, compreender os desafios e as tendências desse mercado torna-se essencial para o fortalecimento do sistema de saúde mental e a promoção da inclusão social das pessoas com transtornos mentais. A pesquisa abordou a transição do modelo de atenção em saúde mental, do modelo Asilar e Manicomial para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), impulsionada pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa mudança de paradigma representou uma ruptura com o modelo tradicional de tratamento centrado no hospital psiquiátrico, buscando promover a inclusão social e a integralidade do cuidado para pessoas com transtornos mentais. A revisão desse processo de transformação permitiu uma compreensão mais ampla do contexto em que os profissionais de saúde mental estão inseridos e das mudanças necessárias para o fortalecimento do sistema de saúde mental no Brasil. Numa segunda etapa, investigou-se o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental, com base em dados das bases Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como nos documentos dos conselhos profissionais. A análise desses dados permitiu uma compreensão mais profunda do cenário e das tendências do mercado de trabalho para as cinco profissões estudadas: Psiquiatria, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional. Essa análise revelou padrões de oferta e demanda de profissionais em diferentes regiões do país, bem como questões relacionadas à distribuição geográfica, remuneração e condições de trabalho. Por último, buscou-se fazer um recorte no estudo, explorando o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental de uma regional de saúde do município do Rio de Janeiro (Coordenação de Área de Planejamento 5.1 - CAP 5.1), analisando os desafios enfrentados pelos diferentes grupos profissionais e ocupacionais nesse setor. Por meio de entrevistas e questionários, investigou-se a dificuldade de fixação e retenção de trabalhadores na área da saúde mental, identificando fatores como a distância das regiões mais centrais da cidade, o contexto de violência e a baixa remuneração como os principais obstáculos. Esses resultados contribuem para uma compreensão mais abrangente do mercado de trabalho em saúde mental e destacam a importância de políticas e estratégias para a melhoria das condições de trabalho e a valorização desses profissionais.

Palavras Chave: Mercado de Trabalho em Saúde Mental; Recursos Humanos em Saúde Mental; Força de Trabalho em Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Rede de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro.

.ABSTRACT

REZENDE, Marco Aurélio de. **Job market for mental health professionals: a case study in the health network of the municipality of Rio de Janeiro.** 2024. 245 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The analysis of the job market for mental health professionals is extremely important, considering the relevance of this sector for the well-being and quality of life of the population. Given the transformations in the mental health care model, driven by the Psychiatric Reform Law, and the increasing demands for mental health services in the city, understanding the challenges and trends of this market becomes essential for strengthening the mental health system and promoting the social inclusion of people with mental disorders. The research addressed the transition from the Asylum and Manicomial model to the Psychosocial Care Network (RAPS), driven by the Psychiatric Reform Law. This paradigm shift represented a break from the traditional model of treatment centered on psychiatric hospitals, aiming to promote social inclusion and the integrality of care for people with mental disorders. Reviewing this transformation process allowed for a broader understanding of the context in which mental health professionals are inserted and the necessary changes to strengthen the mental health system in Brazil. In a second stage, the job market for mental health professionals was investigated, based on data from the Annual Social Information Report (RAIS) and the National Registry of Health Establishments (CNES), as well as documents from professional councils. The analysis of these data allowed for a deeper understanding of the scenario and trends of the job market for the five professions studied: Psychiatry, Nursing, Social Work, Psychology, and Occupational Therapy. This analysis revealed patterns of supply and demand for professionals in different regions of the country, as well as issues related to geographical distribution, remuneration, and working conditions. Lastly, a focus was made on exploring the job market for mental health professionals in a health region of the municipality of Rio de Janeiro (Area Planning Coordination 5.1 - CAP 5.1), analyzing the challenges faced by different professional and occupational groups in this sector. Through interviews and questionnaires, the difficulty of retention and retention of workers in the mental health area was investigated, identifying factors such as the distance from the city's central regions, the context of violence, and low remuneration as the main obstacles. These results contribute to a more comprehensive understanding of the job market in mental health and highlight the importance of policies and strategies for improving working conditions and valuing these professionals.

Keywords: Mental Health Job Market; Human Resources in Mental Health; Mental Health Workforce; Psychiatric Reform; Psychosocial Care Network in the Municipality of Rio de Janeiro.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Série histórica das Equipes Multiprofissionais/NASF.....	114
Gráfico 2 -	Série histórica das Equipes de Consultório na Rua.....	115
Gráfico 3 -	Série histórica da Expansão dos Centros de Atenção Psicosocial.....	115
Gráfico 4 -	Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos.....	119
Gráfico 5 -	Expansão dos Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	120
Gráfico 6 –	Série Histórica do Número de Psiquiatra cadastrada no CNES no Brasil e no Município do Rio de Janeiro.....	123
Gráfico 7 –	Distribuição de Psiquiatria no Brasil por Gênero.....	124
Gráfico 8 –	Distribuição de Psiquiatria por Região.....	125
Gráfico 9 –	Série Histórica do Número de Enfermeiros cadastrados no CNES no Brasil.....	132
Gráfico 10 –	Série Histórica do Número de Psicólogos cadastrados no CNES no Brasil.....	142
Gráfico 11 –	Série Histórica do CNES da TO.....	167
Gráfico 12 -	Perfil das Equipes dos Centros de Atenção Psicosocial do Município do Rio de Janeiro.....	177
Gráfico 13 -	Perfil das Equipes Multiprofissional Município do Rio de Janeiro.....	178
Gráfico 14 -	Cobertura Estratégia de Saúde da Família, 2013 – 2023.....	179
Gráfico 15 -	Distribuição de Profissionais que atuam nos CAPS, RTs, eMulti e eCR.....	181
Gráfico 16 -	Perfil da Amostra dos Profissionais de Saúde Mental por Cargo/Categoria Profissional.....	181
Gráfico 17 -	Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Identidade de Gênero	182
Gráfico 18 -	Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Orientação Sexual.....	183
Gráfico 19 -	Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Perfil Étnico	

	Racial.....	184
Gráfico 20 -	Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Idade.....	185
Gráfico 21 -	Percentual de Formação Ensino Médio.....	186
Gráfico 22 -	Percentual de Formação Ensino Superior.....	186
Gráfico 23	Percentual das Instituições de Graduação dos Profissionais de Saúde Mental.....	187
Gráfico 24	Percentual da Modalidade de Especialização Lato Sensu....	188
Gráfico 25	Percentual do Tempo depois de formado que iniciou a atuação profissional.....	190
Gráfico 26	Percentual dos profissionais por vínculo.....	191
Gráfico 27	Percentual dos profissionais por serviço de atuação.....	191
Gráfico 28	Local de Trabalho em relação a Moradia.....	192
Gráfico 29	Percentual de Profissionais afastados nos últimos 3 anos....	193

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 –	Rede de Atenção à Saúde da CAP 5.1	175
----------	------------------------------------	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Decretos do Período Asilar (1852-1953).....	53
Tabela 2	Relação de Legislação do Período Pré-Reforma Psiquiatria (1970-2001).....	81
Tabela 3	Rede de Atenção Psicossocial.....	87
Tabela 4	Relação de Estratégias de formação em Saúde Mental pelo Ministério da Saúde.....	95
Tabela 5	Relação de Portaria e Legislação do Período Pós Reforma (2002 – 2023).....	101
Tabela 6	Tabela da RAPS com Dimensionamento dos serviços e Profissionais.....	107
Tabela 7	Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes.....	117
Tabela 8	Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Psiquiatria.....	127
Tabela 9	Remuneração Média por Gênero.....	128
Tabela 10	Media de Remuneração por Raça/Cor.....	128
Tabela 11	Número de Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares e Obstetizes.....	130
Tabela 12	Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Enfermagem	134
Tabela 13	Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Enfermagem Psiquiátrica.....	134
Tabela 14	Media de Remuneração por Gênero.....	135
Tabela 15	Media de Remuneração por Raça/Cor.....	136
Tabela 16	Número de Psicólogos com registros ativos no CFP.....	140
Tabela 17	Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Psicologia.....	143
Tabela 18	Media de Remuneração por Gênero.....	145
Tabela 19	Perfil dos Psicólogos por Raça/Cor do CensoPsi.....	146
Tabela 20	Media de Remuneração por Raça/Cor.....	146
Tabela 21	Media de Remuneração por Gênero.....	147
Tabela 22	Número de Psicólogos com registros ativos no CFESS.....	153
Tabela 23	Media de Remuneração por Gênero.....	155

Tabela 24	Media de Remuneração por Raça/Cor.....	155
Tabela 25	Distribuição de Emprego Formal da RAIS.....	157
Tabela 26	Distribuição de Terapeutas Ocupacionais por UF/CREFITO.....	164
Tabela 27	Distribuição de Emprego Formal da RAIS.....	166
Tabela 28	Media de Remuneração por Gênero.....	168
Tabela 29	Media de Remuneração por Gênero.....	169
Tabela 30	Distribuição da Graduação Presencial da Terapia Ocupacional.....	171
Tabela 31	Distribuição da Graduação EAD da Terapia Ocupacional.....	172
Tabela 32	Distribuição da Força de Trabalho por Área Programática por 40h	179

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eMulti	Equipe Multiprofissional
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
SM	Saúde Mental
FTS	Força de Trabalho na Saúde
RHS	Recursos Humanos na Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
SCNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CES	Censo da Educação Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
CAP 5.1	Coordenador da Área Programática da CAP5.1

AHM	Ambulatórios de Higiene Mental
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
INPS	Instituto de Previdência Social
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DISAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
CGSM	Coordenação-Geral de Saúde Mental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	18
1	QUESTÕES NORTEADORAS	26
1.1	Hipótese	26
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo geral	27
2.2	Objetivos específicos	27
3	METODOLOGIA	28
3.1	Tipo de estudo	28
3.2	Cenário do estudo	29
3.3	Sujeitos do estudo	29
3.4	Estratégias de coleta e análise de dados	30
3.4.1	<u>Levantamento bibliográfico e documental</u>	31
3.5	Coleta de Dados Secundários	32
3.5.1	<u>Registros administrativos</u>	33
3.5.2	<u>Questionário Eletrônico e Entrevista Semiestruturada</u>	35
3.5.3	<u>Entrevista Semiestruturada</u>	37
3.5.4	<u>Questionário Eletrônico</u>	38
3.6	Limitações do Estudo	39
3.7	Riscos e Benefícios do Projeto	39
3.7.1	<u>Riscos</u>	39
3.7.2	<u>Benefícios</u>	40
3.8	Questões éticas da pesquisa	41
3.9	Análise dos Dados	41
3.10	Financiamento	42
4	PANORAMA DO MERCADO DE TRABALHO E DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS NO BRASIL	43
4.1	A Institucionalização do Louco e o saber sobre à Loucura: Percursos da Saúde Mental no Período Asilar (1852-1970)	44
4.2	Ambulatórios na Saúde Mental do Brasil: A busca de novas	

	práticas preventivas e a persistência asilar.....	48
4.3	As Profissões de Saúde Mental no Brasil: Uma Análise Histórica da Consolidação, Formação e Regulamentação.....	54
4.3.1	<u>Medicina Mental/Psiquiátrica: A primeira profissão de Saúde Mental Mental.....</u>	54
4.3.1.1	Formação e Regulamentação.....	55
4.3.2	<u>Enfermagem em Saúde Mental/Psiquiátrica.....</u>	56
4.3.2.1	Formação e Regulação da Enfermagem.....	58
4.3.3	<u>Assistência Social: Caminhos Históricos e Normativos.....</u>	59
4.3.3.1	Formação e Regulação do Serviço Social.....	60
4.3.4	<u>Terapia Ocupacional: Aspectos Históricos e Marco Regulatório.....</u>	62
4.3.4.1	Formação e Regulação em Terapia Ocupacional.....	63
4.3.4.2	Principais decretos referentes à profissão.....	65
4.3.5	<u>Psicologia.....</u>	66
4.3.5.1	Formação e Regulação da Psicologia.....	66
4.4	Transformações no Mercado de Saúde Mental no Brasil: Uma Análise do Período da Reforma Psiquiátrica (1970-2001).....	70
4.4.1	<u>Movimento Antimanicomial: Uma Análise do Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....</u>	71
4.4.2	<u>Transformações no Modelo Assistencial: Surgimento de Serviços Alternativos.....</u>	76
4.4.2.1	Atenção ambulatorial.....	77
4.4.2.2	Atenção psicossocial.....	78
4.4.2.3	Atenção Hospitalar.....	78
4.5	Legislações da área da saúde mental no Brasil (1991-2001).....	81
4.6	Pós-Reforma Psiquiátrica (2001-Atualidade): O Impacto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as Transformações no Mercado de Trabalho em Saúde Mental.....	83
4.7	A ascensão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Redução de Leitos Psiquiátricos.....	84
4.8	Desafios e Perspectivas das Políticas de Recursos Humanos em Saúde Mental no Brasil: As Conferências.....	88

4.9	Estratégias e Marcos na Formação em Saúde Mental: Rumo à Integralidade no Cuidado.....	94
5	MERCADO DE TRABALHO, DIMENSIONAMENTO E REGULAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	103
5.1.	Dados Demográficos e Epidemiológicos.....	106
5.1.1	<u>Dimensionamento da Demanda e Oferta Assistencial.....</u>	106
5.2	Panorama atual do mercado de trabalho em saúde mental no Brasil.....	113
5.3	A expansão Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	113
5.4	A expansão Força de Trabalho em Saúde Mental.....	120
5.5	Mercado de Trabalho em Psiquiatria.....	122
5.6	Mercado de Trabalho em Enfermagem em Saúde Mental.....	129
5.6.1	<u>Formação da Enfermagem.....</u>	136
5.6.2	<u>Mercado de Trabalho da Psicologia na Saúde Mental.....</u>	139
5.7	Expansão do Ensino Superior em Psicologia e suas Implicações no Mercado de Trabalho.....	147
5.8	Pós-Graduação em Psicologia: Perfil e Tendências.....	149
5.9	Mercado de Trabalho do Serviço Social na Saúde Mental.....	151
5.10	As Disparidades da Formação das Assistentes Sociais.....	158
5.11	Mercado de Trabalho para Terapeutas Ocupacionais em Saúde Mental.....	163
5.12	Formação da Terapia Ocupacional no Brasil.....	170
6	ESTUDO DE CASO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS DA COORDENAÇÃO DA ÁREA PROGRAMÁTICA 5.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	174
6.1	Análise do Perfil dos Profissionais de Saúde Mental da Coordenação da Área Programática 5.1 (CAP 5.1).....	181
7	IDENTIDADE DE GÊNERO.....	182
8	PERFIL ÉTNICO RACIAL.....	184
8.1	Nacionalidade/Naturalidade.....	185
8.2	Formação e Titulação dos Profissionais de Saúde Mental.....	186
8.3	Pós-Graduação.....	188

8.4	Relação com o Mercado de Trabalho.....	189
8.5	Análise das Entrevistas Semiestruturadas com os Gestores de Saúde Mental.....	194
8.6	Recrutamento e seleção e Fixação.....	195
8.7	Dificuldades na Fixação e a Escassez de Profissionais de Saúde..	197
8.8	Instrumentos, Protocolo e Documentos sobre parâmetros da atuação profissional e códigos de conduta.....	198
8.9	Formação e Educação Permanente.....	199
8.10	Remuneração e Infraestrutura.....	202
8.11	Política e práticas de Recursos Humanos.....	204
8.12	Afastamentos Profissionais durante a Pandemia da Covid-19.....	205
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	208
	REFERÊNCIAS.....	222
	ANEXO A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)...	235
	ANEXO B - Roteiro para Entrevistas Semiestruturadas.....	238
	ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	241

INTRODUÇÃO

O estudo e a análise do mercado de trabalho e dos recursos humanos na área da saúde desempenham um papel crucial na saúde coletiva. Essa investigação contribui para a avaliação e o planejamento da oferta e demanda de profissionais de saúde, abarcando desde a formação até a gestão, distribuição e dinâmica do mercado de trabalho.

A relevância dessa análise torna-se ainda mais evidente no contexto atual, especialmente diante da pandemia da Covid-19, que escancarou as fragilidades nos serviços de saúde e na força de trabalho. Essas fragilidades não se limitam apenas à quantidade insuficiente e distribuição desigual de profissionais de saúde pelo país, mas também à falta de qualificação adequada para lidar com as necessidades da população e para se adaptar às novas tecnologias de cuidados, especialmente em meio à necessidade de distanciamento social.

No campo específico da saúde mental, observa-se uma lacuna significativa de publicações e estudos sobre a força de trabalho em saúde mental no Brasil, mesmo diante da crescente discussão acadêmica, midiática e social sobre a necessidade de cuidados nessa área, refletida no aumento dos casos de sofrimento psíquico e transtornos mentais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa a primeira posição no ranking internacional de países com o maior número de pessoas afetadas por transtornos de ansiedade, representando cerca de 9,3% da população, o equivalente a aproximadamente 18,6 milhões de brasileiros. Além disso, o país figura em quarto lugar no número de pessoas afetadas por depressão, compreendendo 5,8% da população (PLISA/OPAS, 2021).

O aumento da violência urbana e intrafamiliar, a crise econômica e o crescente uso da tecnologia têm contribuído de forma substancial para o incremento dos transtornos de saúde mental na população brasileira, acarretando impactos socioeconômicos, como o aumento do afastamento do trabalho devido à ansiedade e depressão. Isso pressiona significativamente os

gastos do Sistema Único de Saúde (SUS), da saúde suplementar e da Previdência Social.

Os transtornos mentais estão entre as dez principais causas de afastamento do trabalho. Estima-se que aproximadamente 20% da população brasileira necessite de algum tipo de cuidado em saúde mental, variando entre transtornos mentais graves e persistentes, que afetam cerca de 3% da população, a transtornos menos graves, que correspondem a 9%, e a transtornos decorrentes do uso prejudicial de substâncias, envolvendo cerca de 8% da população (BRASIL, 2003). O ano de 2020 evidenciou que pelo menos 30% da população brasileira apresentou alguma necessidade de cuidados em saúde mental (MS, 2021).

Segundo estudos realizados pela Universidade de Harvard, entre as dez doenças mais incapacitantes no mundo, cinco têm origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo (MURRAY E LOPEZ, 1996 apud BRASIL, 2003). Apesar de serem responsáveis por apenas 1,4% de todas as mortes, condições neurológicas e psiquiátricas representam 28% de todos os anos vividos com alguma forma de incapacidade. Esse cenário reforça a necessidade urgente de um estudo abrangente sobre as políticas públicas de recursos humanos na área da saúde mental no Brasil.

No contexto brasileiro, os avanços nas políticas de saúde mental têm sido significativos nas últimas décadas, principalmente após o movimento da reforma psiquiátrica. O país estabeleceu um sistema público de saúde mental bem estruturado e referenciado, pautado em uma abordagem territorial e em diferentes níveis de cuidado e intervenção, com destaque para a Atenção Primária à Saúde como coordenadora estratégica desse cuidado.

Um marco importante nesse processo foi a realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em Caracas, no ano de 1990. Esse período marcou uma fase de redemocratização no país e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionando alterações nas ações do Ministério da Saúde. As propostas dessa conferência influenciaram a promulgação da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001,

conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Seu principal desafio é promover a reestruturação da assistência psiquiátrica nacional, revisando criticamente o papel hegemônico e centralizador dos hospitais psiquiátricos na prestação de serviços e inserindo novos dispositivos de cuidado em saúde mental (OMS, 1990).

No início dos anos 2000, o sistema de saúde mental no Brasil ainda adotava predominantemente um modelo assistencial hospitalocêntrico. Aproximadamente 40.000 pessoas com transtornos mentais e/ou em situação de vulnerabilidade estavam internadas, sendo que se estima que 60% desses usuários ainda dependiam do hospital ou residiam nele (Leal, 2007).

Com o intuito de avançar para uma lógica de cuidados territoriais e enfrentar as novas demandas de cuidados de saúde atuais, como o uso/abuso de drogas, suicídios, ansiedade e depressão, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Primária. Tais ações visam estimular ações que abordem a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental nesse nível de atenção.

A organização da assistência em saúde mental nos 5.570 municípios brasileiros é um desafio de grande monta, especialmente considerando a população total superior a 213 milhões de habitantes (IBGE, 2021). Dentre esses municípios, 3.375 (61%) possuem menos de 15 mil habitantes, não atingindo os critérios populacionais para justificar a implementação de um Centro de Atenção Psicossocial, um serviço especializado em saúde mental. É, portanto, essencial desenvolver estratégias de cuidado em saúde mental a partir da Atenção Primária, centradas no território e focadas no vínculo e no acolhimento (BRASIL, 2015).

A implementação de ações de saúde mental na Atenção Primária ganhou destaque por meio da elaboração do Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, parte do conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde, promovido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) do Ministério da Saúde (MS).

Kakuma et al. (2011) conduziram um estudo sobre os recursos humanos em saúde mental, suas necessidades e estratégias de ação. Eles apontaram que países de baixa e média renda enfrentam um sério déficit de recursos humanos em saúde mental, lacuna que tende a aumentar a menos que medidas eficazes sejam adotadas. As evidências também sugerem que o cuidado em saúde mental pode ser oferecido de forma eficaz na Atenção Primária, com foco em profissionais de saúde não especializados em saúde mental, trabalhadores leigos, indivíduos afetados e cuidadores com treinamento breve e supervisão adequada por especialistas em saúde mental. Esses profissionais são capazes de identificar, diagnosticar, tratar e monitorar indivíduos com transtornos mentais, reduzindo a sobrecarga dos cuidadores.

Desde 2010, marcos importantes têm impulsionado as políticas de saúde mental no Brasil, com o objetivo de expandir a rede de cuidados em saúde mental e integrá-la à Atenção Primária como coordenadora do cuidado. Nesse cenário, destaca-se a Portaria 4279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS; o Decreto Presidencial 7508, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e institui as regiões de saúde, garantindo o cuidado em saúde mental nas RAS; e a Portaria nº 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um conjunto de diferentes serviços disponíveis nas cidades e comunidades, que articulados formam uma rede, devendo ser capaz de cuidar das pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de drogas, bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades. A Rede segue as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a implantação de uma Rede de serviços ao usuário plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.

Com a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os novos desafios que se apresentam atualmente para o cuidado em saúde mental, torna-se crucial uma análise aprofundada sobre a força de trabalho nesse campo. Esse corpo profissional é diversificado, composto por uma gama ampla de especialidades, desde profissionais da saúde até áreas sociais, culturais e educacionais. Entre eles, destacam-se médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, musicoterapeutas, técnicos de enfermagem, oficinairos, cuidadores e acompanhantes terapêuticos e territoriais. Essa equipe multidisciplinar reflete a complexidade e a interdisciplinaridade presentes no campo da saúde mental, extrapolando muitas vezes as fronteiras da saúde para estabelecer conexões intersetoriais (Dal Poz e Lima, 2012).

Diante do contexto apresentado, esta pesquisa propõe uma análise do mercado de trabalho para profissionais de saúde mental por meio de um estudo de caso na rede de serviços de saúde do município do Rio de Janeiro. O objetivo principal é compreender o panorama atual e as políticas de recursos humanos nessa área, considerando características sociodemográficas, aspectos formativos e as condições do mercado de trabalho dos profissionais envolvidos.

O primeiro capítulo realizará uma revisão bibliográfica explorando a trajetória histórica do mercado de trabalho e recursos humanos em saúde mental, desde a era dos manicômios até a contemporaneidade. Foi apresentado os marcos cruciais como a criação dos serviços de saúde mental e o processo de regulação das profissões de saúde mental. Serão analisados diversos documentos, portarias e relatórios de conferências de saúde e saúde mental no Brasil, ressaltando a Reforma Psiquiátrica como um ponto de virada fundamental para a dinâmica do mercado de trabalho na atualidade. A influência desses eventos na configuração do mercado de trabalho nessa área, introduzindo os princípios da atenção psicossocial e as mudanças nos dispositivos de cuidado, será examinada.

O segundo capítulo consistirá em uma análise dos dados secundários para conhecer o perfil dos profissionais que atuam na área de saúde mental.

Serão utilizadas diferentes bases de dados, tais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de documentos fornecidos pelos conselhos profissionais que analisam o perfil profissional.

A análise se concentrará nas profissões de psicologia, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem.

O objetivo desta análise é identificar tendências, desafios e mudanças na composição desses grupos profissionais ao longo do tempo. O enfoque será fornecer uma visão abrangente e evolutiva dessas áreas, a fim de compreender melhor o panorama do mercado de trabalho em saúde mental e suas transformações ao longo dos anos.

O último capítulo será um estudo de caso dos profissionais da Coordenação de Área Programática (CAP 5.1) do Município do Rio de Janeiro, concentrando-se em uma análise detalhada dos dados obtidos por meio de questionários eletrônicos e entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores de saúde mental. Essa seção buscará oferecer uma compreensão mais profunda da realidade, percepções, necessidades e desafios enfrentados por esses profissionais.

Este estudo visa apresentar um amplo panorama histórico e contemporâneo do mercado de trabalho e recursos humanos em saúde mental, contribuindo para a análise do perfil e a situação dos profissionais nesse campo, especialmente no contexto pós-pandêmico e de aumento das demandas de cuidados e serviços de saúde mental. A análise abrangente dos capítulos permitirá uma compreensão mais profunda das tendências, desafios e necessidades desses profissionais, fornecendo subsídios valiosos para o desenvolvimento de políticas mais eficazes nessa área.

Compreender as características e desafios do mercado de trabalho permitirá identificar oportunidades de melhoria e traçar estratégias para fortalecer a formação e a atuação dos profissionais de saúde mental, visando oferecer um cuidado de qualidade à população.

Com base na minha experiência profissional como Assessor em Saúde Mental na Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro, especificamente na Coordenação de Saúde da área programática 5.1 (CAP 5.1) situada na Zona Oeste da cidade, despertou-se meu interesse por esta temática. Ao longo dessa jornada de gestão, coordeno ações entre os diversos atores da Rede de Saúde da área, incluindo Unidades de Atenção Primária à Saúde, Equipe de Consultório na Rua, equipes do NASF, Ambulatórios de Saúde Mental e Centros de Atenção Psicossocial, além de realizar articulações na Rede inter e intrasetorial. Contribuí para a implementação de novos dispositivos de saúde mental, como a Equipe de Consultório na Rua, CAPS, Residências Terapêuticas e eMulti. Minhas atribuições incluem a movimentação, fixação e avaliação de diferentes profissionais de saúde mental nos diversos equipamentos da CAP 5.1.

Essa experiência proporciona uma visão ampla dos desafios da política de saúde mental em uma região periférica, principalmente no que diz respeito à força de trabalho nesse campo. A CAP 5.1, situada em uma área mais distante do centro da cidade e afetada pela presença da violência armada, enfrenta a constante movimentação de profissionais, especialmente médicos psiquiatras, que têm dificuldade em se fixar. Esse fluxo constante traz desafios para a gestão, sobretudo na consolidação dos processos de trabalho, devido à presença de profissionais em diferentes níveis de formação nos serviços.

Em 2012, atuei como técnico no Ministério da Saúde (MS), na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), ligado ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), onde me envolvi com a Política de Educação Permanente e de Recursos Humanos em saúde. Nessa posição, acompanhei, monitorei e elaborei programas e projetos para a formação dos trabalhadores do SUS. Destaco minha participação no Projeto Caminhos do Cuidado, que oferecia formação em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENF) das Equipes de Saúde da Família, alcançando aproximadamente 300.000 alunos. Também estive na coordenação do curso de aperfeiçoamento em cuidado integral à população em

situação de rua, direcionado a 950 profissionais das equipes de Consultório na Rua, em parceria com a Fiocruz.

Durante meu mestrado (2015-2017) no Instituto de Medicina Social – UERJ, analisei as políticas de Educação Permanente em Saúde, sua interlocução com as Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e a Atenção Primária. Focalizei-me na análise de um projeto de formação em saúde mental para profissionais de nível médio da atenção básica. Destaquei as dificuldades nos processos de Educação Permanente diante da grande movimentação de profissionais e das fragilidades nas políticas de recursos humanos em saúde.

Ao retornar ao Rio de Janeiro, reassumi minha função na Assessoria de Saúde Mental na CAP 5.1 e revigorou-se meu interesse na pesquisa sobre a força de trabalho em saúde mental. Com os avanços ocorridos nas últimas décadas no município do Rio de Janeiro após a implementação e consolidação das políticas de saúde mental, é essencial analisar como essas mudanças afetam o mercado de trabalho público, identificando as principais tendências e avanços das tecnologias de cuidado introduzidas na área da saúde mental.

1. QUESTÕES NORTEADORAS

Considerando os pressupostos teóricos sobre a força de trabalho em saúde mental, os recursos humanos na área da saúde, a dinâmica do mercado de trabalho para os profissionais de saúde mental e sua relevância diante dos desafios da implementação de serviços que atendam às necessidades da população, esta tese foi elaborada a partir das seguintes questões norteadoras:

- a) Como está composta a força de trabalho em saúde mental nos serviços públicos?
- b) Como se estruturam os serviços de saúde mental no setor público no âmbito do SUS?
- c) Quais são os desafios para a contratação e a fixação de profissionais de saúde nos serviços e para a implementação dos serviços de saúde?
- d) Qual é a avaliação da formação profissional em relação aos desafios da saúde mental no cenário atual?
- e) Quais são as tendências do mercado de trabalho em saúde mental que estão promovendo mudanças no perfil profissional e na organização dos serviços?

1.1 Hipótese

As mudanças no modelo de assistência em saúde mental, assim como as novas demandas de cuidados e tratamento em saúde mental, necessárias para a população, não têm resultado em uma maior contratação e fixação de profissionais no mercado de saúde mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental através de um estudo de caso na rede de serviços de saúde do município do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar e contextualizar as políticas de recursos humanos na saúde mental;
- b) Levantar e analisar os aspectos sociodemográficos, de formação e de mercado de trabalho dos profissionais que atuam no campo da saúde mental.
- c) Apresentar o cenário da rede serviços de saúde mental no mercado de trabalho público do município do Rio de Janeiro.
- d) Analisar e discutir as tendências do mercado de trabalho em saúde mental;

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo:

A metodologia adotada para o estudo baseou-se na abordagem do estudo de caso, que visa investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real. A escolha dessa metodologia permitiu analisar as tendências do mercado de trabalho em saúde mental pública, além de utilizar outras estratégias metodológicas complementares.

Segundo Yin:

“(...) o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes.” (Yin, 2010, p. 39).

Nessa abordagem, é imprescindível a obtenção de dados por meio da diversidade de procedimentos, cujos resultados podem convergir ou divergir das observações realizadas, permitindo que a subjetividade do pesquisador seja superada (YIN, 2010).

A lacuna de estudos e informações no universo de análise desta pesquisa, não apenas no que se refere às especificidades do campo da saúde mental, mas também às políticas de saúde mental e recursos humanos, sugere que a metodologia do estudo de caso agregará informações de maior detalhamento, estreitando a relação entre pesquisador e objeto.

3.2 Cenário do estudo:

A pesquisa foi realizada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Coordenadoria de Ação Programática 5.1 (CAP 5.1) uma regional de saúde do município do Rio de Janeiro. Essa área programática abrange duas regiões administrativas, Bangu e Realengo, e possui uma população de aproximadamente 636.735 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico de 2022. Com uma extensão de 122,36 km², está dividida em duas regiões administrativas: a XVII RA (Bangu), composta pelos bairros Padre Miguel, Bangu, Senador Camará e Gericinó; e a XXXIII RA (Realengo), composta pelos bairros Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos e Realengo. Esta região está situada em uma área com importantes eixos de transporte, como a Avenida Brasil e o Ramal Santa Cruz dos trens metropolitanos.

3.3 Sujeitos do estudo:

Os sujeitos do estudo foram os profissionais que atuam nos diferentes níveis de atenção à saúde no campo da saúde mental no setor público. Devido à limitação de estudos, dados secundários e bibliografia abordando os diferentes profissionais atuantes no campo da saúde mental no Brasil, optou-se por um recorte na parte do estudo de coleta de dados bibliográficos e secundários para as principais categorias de nível superior que atuam na atenção especializada em saúde mental: psiquiatras, enfermeiros de saúde mental, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Essa escolha metodológica segue o modelo proposto no Atlas da OMS de 2020, que define seis categorias profissionais para o levantamento da força de trabalho em saúde mental: psiquiatras, enfermeiros de saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais. Destaca-se que essas categorias

profissionais também atuam em grande parte na Atenção Primária, Secundária e Terciária, o que favorece a busca de informações e análise do perfil para o mercado de trabalho de saúde mental (CAPS) (WHS, 2018).

Na terceira etapa da pesquisa, foi aplicado um questionário eletrônico aos profissionais da regional de Saúde do Município CAP 5.1, na Atenção Primária, o instrumento foi aplicado somente aos profissionais que atuam nas Equipes Multiprofissionais (eMulti), como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e nutricionistas, bem como todos os profissionais que atuam nas Equipes de Consultório na Rua, por terem formação e atuação similar à Atenção Especializada em Saúde Mental. Os demais profissionais que atuam na Atenção Primária foram excluídos.

Os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial e nos Ambulatórios de Saúde Mental foram considerados na sua totalidade.

Dessa forma, o estudo visou compreender o perfil desses profissionais, suas formações, experiências e demandas, a fim de fornecer subsídios para uma análise mais abrangente do mercado de trabalho em saúde mental. Através dessa abordagem, foi possível identificar as necessidades e desafios enfrentados pelos profissionais e contribuir para o planejamento de políticas e estratégias voltadas para o fortalecimento e qualificação da força de trabalho nesse campo.

3.4 Estratégias de coleta e análise de dados

A estratégia metodológica da pesquisa foi dividida em etapas distintas:

3.4.1 Levantamento bibliográfico e documental:

Devido à complexidade do objeto de estudo e à escassez de bibliografia sobre o tema, foi necessário realizar uma revisão bibliográfica capítulo a capítulo, considerando diferentes aspectos propostos pelo estudo. No primeiro capítulo, foram analisadas publicações referentes aos três períodos: Asilar (1852-1970), Período da Reforma (1970-2001) e Pós-Reforma (2001-atualidade). Além dos documentos que descrevem a história da Saúde Mental no Brasil, foram analisados documentos e publicações que descrevem a história da criação das cinco profissões propostas neste estudo, compreendendo como o processo regulatório se constituiu e a partir de quais parâmetros históricos e sociais. Nessa etapa, foi realizado um levantamento dos relatórios das diferentes Conferências de Saúde, Saúde Mental e de Recursos Humanos para compreender como foram delineadas as políticas de Recursos Humanos voltadas para os Profissionais da Saúde Mental. Por último, foi realizado um levantamento sobre as estratégias e marcos da formação em saúde mental propostos pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

No segundo, terceiro capítulos e considerações finais, foi realizada a revisão bibliográfica para analisar documentos dos conselhos profissionais, como censos, demografias e portarias que tratam sobre o perfil dos profissionais e os parâmetros da atividade profissional. Também foi realizada análise de artigos e documentos que analisam o perfil de cada profissão objeto do estudo, assim como o mercado de trabalho em saúde.

A pesquisa utilizou como referência para análise do tema proposto a Revisão de Escopo, que se caracteriza pela busca dos tipos de evidências disponíveis, mapeando os principais conceitos, classificando e analisando lacunas do conhecimento para o esclarecimento e definições na literatura. (Jbi, 2014).

A revisão foi desenvolvida por meio da seguinte pergunta: "Qual é o cenário do mercado de trabalho para profissionais de saúde mental na rede de

saúde do município do Rio de Janeiro e quais são as políticas de formação e recursos humanos para fixação desses profissionais?". Os estudos foram selecionados considerando critérios de inclusão específicos, abrangendo estudos empíricos e teóricos, publicados em inglês, espanhol e português, no contexto nacional e internacional.

Além disso, foram incluídos estudos que abordam o mercado de trabalho e recursos humanos das profissões do campo de saúde mental, bem como o modelo de assistência à saúde mental no Brasil e no município do Rio de Janeiro.

A estratégia de pesquisa foi realizada nas bases de dados PUBMED, PSYCINFO, LILACS, SCIELO e BDTD, com o objetivo de encontrar evidências científicas para responder à pergunta de pesquisa proposta no estudo.

3.5 Coleta de Dados Secundários:

Na etapa de coleta de dados secundários, buscou-se tratar e integrar um conjunto de bases de dados nas áreas demográfica, de formação e de mercado de trabalho das seguintes categorias profissionais de saúde mental: psiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Para isso, foram estabelecidos parâmetros para identificar as profissões desejadas, com base nos sistemas adotados pelas diferentes fontes de informação para classificar os cursos de formação e as profissões de saúde mental.

A seguir, apresento uma breve discussão e justificativa para a escolha das fontes de informação e o tipo de tratamento que foi realizado para a análise proposta.

No Brasil, não existem fontes de informação produzidas periodicamente e especificamente para coletar informações sobre os Recursos Humanos em Saúde (RHS). Portanto, é necessário cruzar diversas fontes de dados com objetivos distintos. A principal fonte de dados que permite conhecer a maioria dos profissionais habilitados nas profissões de saúde estudadas é o Censo

Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O censo fornece informações detalhadas sobre a população residente no país, incluindo dados sobre ocupação e formação, o que permite identificar os profissionais em atividade, desempregados e não economicamente ativos na área de saúde. No entanto, o Censo é realizado em 2022 ainda não divulgou todas as informações sobre ocupações, entre outros aspectos da população.

Paralelamente, foram utilizadas as informações sobre a oferta de RHS no mercado de trabalho em outras bases de dados, como:

3.5.1 Registros administrativos:

Dados dos conselhos profissionais das profissões de saúde de nível superior; Sistema do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que inclui a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); e Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS).

Registro Estatístico: disponível na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE.

É importante destacar que o SCNES, a RAIS e o CAGED são fontes de demanda de RHS para análise de postos de trabalho ocupados, enquanto a base de dados dos conselhos auxilia na estimativa do número de profissionais ativos. No entanto, essas fontes não discriminam quais profissionais atuam diretamente em serviços de saúde mental, exigindo um refinamento dos dados para uma análise mais precisa do mercado de trabalho nessa área. Além disso, é necessário considerar outras bases de dados que levem em conta as ocupações não regulamentadas ou que não exigem qualificação específica, como as práticas integrativas na saúde e diferentes abordagens terapêuticas que ainda não são regulamentadas institucionalmente, mas que têm ganhado espaço no mercado de trabalho.

A RAIS é um censo anual do emprego formal que fornece informações sobre o emprego formal e institucional no mercado regulamentado (CLT, estatutário, temporário e avulso). O objeto de análise é o emprego, não o empregado, sendo a principal fonte para entender a demanda de força de trabalho. Nessa base, é possível encontrar dados sobre natureza jurídica, tipo de atividade, faixa etária, grau de instrução, sexo, ocupação, remuneração média, tipo de vínculo, tempo de serviço, entre outros aspectos relevantes para o presente estudo (MTE, 2014).

Já o CAGED é um levantamento mensal realizado pelo MTE com o mesmo nível de detalhamento geográfico, setorial e ocupacional. Ao contrário da RAIS, o CAGED coleta dados mensais sobre admissões e desligamentos. No entanto, a análise se restringe aos empregos regidos pela CLT, não considerando movimentações relacionadas a empregos estatutários, temporários e similares. O CAGED pode auxiliar na análise da dinâmica de criação de empregos no setor de saúde mental e na variação salarial ao longo do ano (MTE, 2010a).

O SCNES é um registro administrativo do Ministério da Saúde que abrange todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam eles públicos ou privados. Essa base de dados é atualizada diariamente e contém informações sobre infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e tipos de serviços oferecidos. Para analisar os recursos humanos em saúde mental, é possível identificar a ocupação, o tipo de vínculo e a carga horária dos profissionais. Apesar de apresentar alguns problemas devido à falta de atualização das informações sobre profissionais e estabelecimentos de saúde, o SCNES ainda é a principal fonte para dimensionar as atividades de assistência direta à saúde, especialmente nos estabelecimentos públicos e nas especialidades médicas (MS, 2006).

A PNAD é uma pesquisa amostral que coleta anualmente informações demográficas, educacionais, de trabalho e de renda da população brasileira, incluindo os trabalhadores ativos e o setor de atividade. Por ser uma pesquisa amostral mais abrangente e não específica para a área da saúde, ela destaca principalmente as profissões mais numerosas, como médicos, enfermeiros,

psicólogos e assistentes sociais no campo das ciências sociais. Esses dados abrangentes das profissões são aplicáveis apenas para o país como um todo, não permitindo análises em níveis geográficos menores (IBGE, 2013b).

No campo da formação, foi utilizado o Censo da Educação Superior (CES) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC), que oferece uma visão geral do ensino superior em todo o Brasil, fornecendo informações sobre instituições, cursos, alunos, servidores e docentes.

Nesta etapa do estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa por meio da aplicação de entrevistas semiestruturadas individuais aos gestores da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro, juntamente com a aplicação de um questionário eletrônico aos profissionais que atuavam nessa área. O objetivo era obter informações sobre o perfil sociodemográfico desses trabalhadores.

3.5.2 Questionário Eletrônico e Entrevista Semiestruturada:

O questionário eletrônico foi aplicado aos seguintes profissionais:

- a) Profissionais dos 15 Equipes Multiprofissionais (eMulti), que atuam em Unidades Básicas de Saúde específicas, tais como: Clínica da Família Olimpia Esteves, CMS Silvio Barbosa, Clínica da Família Kelly Cristina, Clínica da Família Wilson Mello, Clínica da Família Fiorello Raymundo, Clínica da Família Rosino Baccarini, Clínica da Família Armando Palhares, Clínica da Família Antônio Gonçalves, Clínica da Família Maria José, Clínica da Família Padre John, CMS Bua Boanerges, Clínica da Família Sandra Regina, Clínica da Família Faim Pedro, CMS Athayde, CMS Dr. Ethel Pinheiro.

- b) Profissionais da Equipe de Consultório na Rua.
- c) Profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, nos seguintes locais: Caps Lima Barreto, Caps Neusa Santos e Capsi Pequeno Hans.
- d) Profissionais que atuam nos 3 Ambulatórios de Saúde Mental: CMS Waldyr Franco, CMS Masao Goto e Policlínica Manoel Guilherme da Silveira.

Para a entrevista semiestruturada, foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras. Essas entrevistas foram conduzidas de forma individual e tinham como objetivo obter percepções e opiniões dos gestores municipais sobre os desafios da gestão da força de trabalho nos serviços de saúde mental.

Nesta etapa, foram entrevistados profissionais que atuavam na Gestão da Coordenação da Área Programática 5.1, responsáveis pela implementação, gerenciamento e recursos humanos dos serviços de saúde mental. Isso incluiu o Coordenador da Área Programática da CAP5.1, a Coordenação do NASF da CAP 5.1 e a Coordenação de Saúde Mental da CAP 5.1. Também foram entrevistados profissionais que atuavam na gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, na Superintendência de Saúde Mental, responsáveis pela implementação, gerenciamento e recursos humanos dos serviços de saúde mental. Isso envolveu o Superintendente de Saúde Mental e o Gerente da Rede de Atenção Psicossocial da Zona Oeste.

Quanto ao questionário eletrônico, seu objetivo foi levantar o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde mental que atuavam nos serviços da CAP 5.1. Essa escolha metodológica permitiu comparar as respostas entre os respondentes, destacando as diferenças entre eles, e não nas questões propriamente ditas.

A aplicação do questionário eletrônico apresentou diversas vantagens, como a liberdade de resposta proporcionada pelo anonimato, evitando possíveis vieses do pesquisador, além de respostas rápidas e precisas. No

entanto, uma possível desvantagem estava na dificuldade de compreensão das perguntas pelos respondentes na ausência do pesquisador.

Por meio dessa abordagem, buscou-se obter informações valiosas sobre os profissionais de saúde mental, seu perfil sociodemográfico e suas percepções sobre os desafios enfrentados na gestão da força de trabalho nessa área. A combinação da entrevista semiestruturada e do questionário eletrônico permitiu uma compreensão mais abrangente e aprofundada desse contexto, auxiliando no desenvolvimento de estratégias e políticas mais efetivas no campo da saúde mental no município do Rio de Janeiro.

3.5.3 Entrevista Semiestruturada:

A entrevista semiestruturada, de acordo com Triviños (1987), caracteriza-se por trazer à tona as questões centrais que fundamentam as teorias e os temas relacionados à pesquisa. As questões fornecem a oportunidade de novas hipóteses surgirem a partir das respostas dos entrevistados. O pesquisador é quem define o foco principal durante a condução da entrevista, o que favorece a descrição dos fenômenos sociais e permite uma participação mais ativa do pesquisador no processo de coleta de dados.

Para esta pesquisa, foi utilizado um roteiro contendo perguntas norteadoras. As entrevistas foram conduzidas de forma individual e registradas com um gravador, com o objetivo de captar as percepções e opiniões dos gestores municipais sobre os desafios da gestão da força de trabalho nos serviços de saúde mental (vide anexo 2).

Nesta etapa do estudo, buscaram-se profissionais que atuavam na Gestão da Coordenação da Área Programática 5.1 e eram responsáveis pela implementação, gerenciamento e recursos humanos dos serviços de saúde mental.

- a) Coordenador da Área Programática da CAP5.1
- b) Coordenação do NASF da CAP 5.1
- c) Coordenação de Saúde Mental da CAP 5.1

Profissionais que atuam na gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Saúde, na Superintendência de Saúde Mental e que são responsáveis pela implementação, gerenciamento e recursos humanos dos serviços de saúde mental.

- a) Superintendente de Saúde Mental
- b) Gerente da Rede de Atenção Psicossocial da Zona Oeste

3.5.4 Questionário Eletrônico:

Este questionário eletrônico teve como objetivo levantar o perfil sociodemográfico dos profissionais de Saúde Mental que atuaram nos serviços de Saúde Mental (CAPS, Ambulatórios e RTs), do NASF e Equipe de Consultório na Rua da CAP 5.1. A escolha metodológica buscava a possibilidade de comparação entre o mesmo conjunto de perguntas, sendo que as diferenças deveriam refletir divergências entre os respondentes e não nas questões em si. Destacou-se entre as vantagens da aplicação de um questionário eletrônico a maior liberdade nas respostas devido ao anonimato, evitando possíveis vieses do pesquisador, assim como respostas rápidas e precisas. Entre as possíveis desvantagens estava a dificuldade de compreensão das perguntas por parte do respondente quando o pesquisador estava ausente.

3.6 Limitações do Estudo

A primeira limitação estava relacionada à coleta de dados secundários, pois foi necessário recorrer a diferentes bases de dados com atualizações, metodologias e informações distintas. Isso demandou o cruzamento dessas informações para auxiliar na análise do mercado de trabalho em saúde mental.

A segunda limitação dizia respeito às dificuldades em obter uma amostra mais significativa, devido às possíveis recusas ou dificuldades de compreensão por parte dos entrevistados, o que poderia resultar em um número reduzido de questionários ao final dessa etapa.

A terceira limitação estava relacionada à falta de estudos com o mesmo objetivo deste, o que poderia limitar parcialmente a revisão da literatura e a comparação de resultados com outras pesquisas realizadas.

3.7 Riscos e Benefícios do Projeto

3.7.1 Riscos:

Conforme estabelecido pela Resolução CNS nº 466/12, toda pesquisa envolvendo seres humanos apresentava riscos em diferentes dimensões, como física, psíquica, moral, intelectual, emocional, social, cultural ou espiritual, ainda que em graus mínimos. No contexto deste estudo, era importante considerar os possíveis riscos aos profissionais que responderiam ao questionário eletrônico, como a divulgação de informações confidenciais e a possibilidade de discriminação e estigmatização devido a questões sensíveis, como orientação sexual e renda.

Para mitigar esses riscos, o questionário eletrônico foi enviado por e-mail e as respostas foram realizadas de forma anônima, garantindo a

confidencialidade e o sigilo das informações, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, é importante ressaltar que este estudo não tinha como objetivo avaliar o processo de trabalho ou a gestão, mas sim conhecer o perfil profissional dos trabalhadores que atuam na saúde mental, abordando principalmente questões não sensíveis.

No que diz respeito às entrevistas semiestruturadas com os gestores da Superintendência de Saúde Mental e da Coordenação da CAP 5.1, os riscos possíveis envolviam o constrangimento ao responder alguma pergunta mais sensível e a dificuldade de tempo para realizar a entrevista. Foi garantida a confidencialidade das informações, e a gravação das entrevistas foi realizada apenas para facilitar a análise dos dados, com a devida proteção e sem a divulgação dos nomes dos participantes (inclusive iniciais) ou qualquer outra forma que possibilitasse a identificação individual.

Assim, todas as medidas necessárias foram adotadas para garantir a segurança e a proteção dos participantes, preservando a confidencialidade, o sigilo e a privacidade das informações coletadas ao longo do estudo.

3.7.2 Benefícios:

O estudo realizado contribuiu para o conhecimento sobre o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, fornecendo uma visão aprofundada sobre as características, desafios e tendências do mercado de trabalho, preenchendo lacunas de pesquisa e gerando informações valiosas para acadêmicos, profissionais e formuladores de políticas.

Os resultados da pesquisa podem contribuir nas políticas de saúde mental do município do Rio de Janeiro, fornecendo evidências e recomendações embasadas em dados empíricos e na melhoria na alocação de recursos humanos, desenvolvimento de programas de capacitação, estratégias

de contratação e retenção de profissionais, e outras ações para fortalecer o mercado de trabalho em saúde mental.

Por último, a pesquisa busca fornecer subsídios para a prática profissional dos envolvidos no cuidado e no gerenciamento da saúde mental no município do Rio de Janeiro. Ao compreender as características e desafios do mercado de trabalho, os profissionais puderam se adaptar melhor às demandas e necessidades da população, oferecendo serviços de qualidade e contribuindo para a saúde mental da comunidade.

3.8 Questões éticas da pesquisa

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para dar início à coleta das entrevistas.

3.9 Análise dos Dados

Para a análise dos questionários e das entrevistas semiestruturadas, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2009). Segundo a autora, a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de investigação que, por meio da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, interpreta o conteúdo comunicado.

Nessa perspectiva, a análise de conteúdo foi dividida em três etapas:

- a) Pré-análise;
- b) Exploração do material;

c) Tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

O procedimento final consistiu na produção de inferências e interpretações a partir das categorias estabelecidas e do referencial teórico previsto pela pesquisa.

3.10 Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento de órgãos de pesquisa. O custo total foi assumido pelo doutorando. Quaisquer despesas decorrentes da compra de material bibliográfico e outros gastos necessários para a obtenção de dados e realização da análise foram cobertos com recursos próprios.

4. PANORAMA DO MERCADO DE TRABALHO E DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS NO BRASIL

Neste capítulo, propõe-se a investigação do panorama histórico das políticas de recursos humanos direcionadas à saúde mental no Brasil, desde a inauguração do primeiro hospício em 1852 até os dias atuais, delineando três grandes períodos: o Asilar (1852-1970), a Reforma Psiquiátrica (1970-2001) e a Saúde Mental Coletiva (2001-atualmente). Cada fase reflete transformações sociopolíticas, mudanças na compreensão do cuidado em saúde e o desenvolvimento das profissões relacionadas à saúde mental.

O surgimento dos Recursos Humanos remonta à Revolução Industrial, um marco que gerou profundas transformações sociais. Esse período histórico foi marcado pela urbanização das cidades e pela ampliação da mão de obra disponível para o mercado, especialmente nas indústrias. As primeiras leis regulamentadoras do trabalho surgiram neste contexto, estabelecendo horários, dias de trabalho, normas para o trabalho infantil e condições mínimas de segurança.

É nesse cenário que emerge o primeiro hospício no Brasil, em 1852, representando um ponto significativo na história da saúde mental no país. Esse estabelecimento desempenhou um papel fundamental na estruturação das primeiras políticas de recursos humanos voltadas para a área da saúde mental. Concomitantemente, o Estado começou a implementar uma série de reformas administrativas, urbanas, econômicas e sanitárias, com pressupostos primordialmente técnicos, visando adequar a máquina pública aos planos governamentais.

A pesquisa está fundamentada na perspectiva histórica, visando construir uma linha do tempo sobre os três grandes períodos na história das políticas de recursos humanos de saúde mental no Brasil.

4.1 A Institucionalização do Louco e o saber sobre à Loucura: Percursos da Saúde Mental no Período Asilar (1852-1970)

Período caracterizado pelo predomínio do modelo asilar de atenção à saúde mental, com foco no isolamento e na internação dos pacientes. Esse modelo refletia um contexto sociopolítico marcado por desigualdades e exclusão. O enfoque na institucionalização e medicalização dos pacientes, embora tenha trazido avanços, limitou a capacidade de oferecer cuidados mais humanizados e integrados, conforme apontam Amarante (2012) e Santos (2008).

A adoção do modelo asilar no Brasil foi influenciada por diversos fatores, como as Reforma Psiquiátrica Europeia, que ocorreu no século XIX, e o desenvolvimento da medicina psiquiátrica. Influenciados pelo trabalho de Pinel que apresenta um modelo de intervenção sobre a loucura e de organização do hospital que foi um marco importante para a transformação do hospital numa instituição médica, diferindo do modelo social e filantrópico das Santas Casas de Misericórdia à época. Essa apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos, marca a primeira reforma da instituição hospitalar, a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico. (Amarante, 1995)

Nesse período, destaca-se a criação de políticas de recursos humanos voltados para o hospital, visto que a instituição para o tratamento do louco torna-se um espaço de experimentação e observação sobre o objeto de conhecimento: o louco e a loucura. Esse novo paradigma transforma o hospital em um local para o tratamento e para a reprodução do saber médico, de residência médica, espaço privilegiado de ensino e aprendizagem de uma ciência da loucura, inicialmente chamada de medicina mental e, posteriormente, de clínica psiquiátrica. (Amarante, 2012)

Esse modelo foi adotado no Brasil a partir da criação do primeiro hospício no país, em 1852, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro. O Decreto nº 7.247, de 1852, que estabeleceu o Hospício Pedro II,

representou um marco inicial nesse processo. Posteriormente, o Decreto-Lei nº 2.268, de 1933, regulamentou a assistência aos alienados, consolidando a estruturação dessas profissões no contexto asilar. Esse documento é considerado o marco inicial da criação de profissões de saúde mental no Brasil, uma vez que foi responsável pela contratação de médicos, enfermeiros e outros profissionais para trabalhar no primeiro hospital psiquiátrico do país.

Nos *Annaes Brasilienses de Medicina*, consta o estatuto do hospital que mencionava os seguintes profissionais: “*O Hospício conta atualmente com um médico, treze irmãs de caridade e doze enfermeiros*” (1856). Essa referência histórica destaca uma preocupação precoce em relação ao dimensionamento, remuneração e formação da força de trabalho que atua no hospital, evidenciando a evolução e consolidação das profissões de saúde mental no Brasil. Observa-se já nesse documento uma preocupação em relação ao dimensionamento, remuneração e formação da força de trabalho que atua no hospital.

“O serviço clinico, portanto, continua a estar todo o meu cargo. Pelos mappas, que vão juntos a este relatório, verá V. Ex. que a população do Hospício tem augmentado, e que o trabalho é superior às forças de um só médico. A admissão de um outro, que more dentro do Estabelecimento, me parece de toda a necessidade. As irmãs de caridade estão encarregadas das enfermarias, salas de trabalho, rouparia, cozinha e despensa. Para tanto serviço me parece fóra de duvida que o seu número é muito limitado. Ellas continuam a prestar-se com o mesmo zelo e dedicação em favor dos infelizes alienados. No serviço dos homens ha doze enfermeiros debaixo da immediata inspecção das irmãs de caridade. Geralmente estes empregados servem mal e nenhuma confiança merecem. É necessária a maior vigilância sobre elles. Não é isso, porém, de admirar: todo o mundo conhece a classe de homens, que entre nós se presta a um tal genero de serviço mediante a quantia de vinte e quatro mil réis mensaes.” (Annaes Brasilienses de Medicina, 1856)

Esse documento representa um marco significativo na criação das profissões de saúde mental no Brasil, uma vez que foi responsável pela contratação de médicos, enfermeiros e outros profissionais para atuar no primeiro hospital psiquiátrico do país. O serviço do hospício seria dividido em setores econômico, sanitário e religioso e as seguintes ocupações: diretor, administrador e empregados subalternos; clínicos de cirurgia e medicina, irmãs da caridade, enfermeiros, serventes, farmacêutico, chefe da Botica e capelão.

Os alienados assistidos gratuitamente eram as populações mais vulneráveis: indigentes, escravos de posse única cujos senhores não tinham recursos para o tratamento, e marinheiros de navios mercantes. Havia também um setor para os mais favorecidos socialmente que possuíam meios para custear o tratamento. Seriam admitidos como pensionistas, possibilitando o acesso a melhores acomodações e serviços conforme os valores acordados (BRASIL, 1853).

O modelo asilar se consolida em todo território nacional, com a construção de hospícios em várias regiões como São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Bahia (1874) e Rio Grande do Sul (1884). O hospital Pedro II, como referência da capital do Império, recebe maior visibilidade, principalmente em função das denúncias de superlotação, de críticas sobre os critérios de admissão e do modelo de tratamento dado aos alienados, evidenciando a disputa entre os médicos e as irmãs de caridade no controle administrativo e terapêutico da instituição.

As profissões de saúde mental foram influenciadas por fatores, como a Reforma Psiquiátrica Europeia do século XIX e o desenvolvimento da medicina psiquiátrica. Destacam-se nesse período, os estudos do psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856–1926), que adotou uma abordagem integrada da psiquiatria, incorporando neurologia, anatomia cerebral, psicologia experimental e a investigação minuciosa da história de vida do paciente (anamnese). Amarante (2007).

Destacam-se as contribuições de William Cullen (1712-1790), psiquiatra em Edimburgo que estabeleceu uma das primeiras classificações das doenças psíquicas e as teorias psicodinâmicas desenvolvidas por Sigmund Freud (1856–1939), criador da psicanálise, e de William James (1842-1910), Wilhelm Wundt (1832-1920) e Pierre Janet (1859-1947) fundadores da psicologia experimental.

No Brasil, as profissões de saúde mental surgiram gradualmente desde a criação do primeiro hospício no país. A medicina psiquiátrica foi a primeira profissão a ser estabelecida, seguida pela enfermagem psiquiátrica (Amarante, 2007).

Nesse período inicial, já se observava no Brasil o uso terapêutico da ocupação como campo de saber, seguindo a lógica do Tratamento Moral de Pinel. Esse tratamento assegurava a internação e o isolamento como a melhor resposta social para as tensões ocasionadas pela loucura, utilizando a terapia ocupacional como estratégia para reintegrar o paciente mental à racionalidade, estabelecendo hábitos mais saudáveis e melhorando o comportamento antissocial.

As questões sociais dos Alienados fazia parte das atribuições das irmãs de caridade das Santas Casas de Misericórdia e os primeiros hospitais, como parte integrante do trabalho religioso.

Com a transição para a República em 1889, emergem avanços na consolidação das políticas públicas, especialmente no sistema de saúde e na regulação das profissões. Em 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, é fundado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública através do decreto n.º 19.402, marcando um avanço significativo na políticas de saúde, refletindo uma abordagem integrada para enfrentar os desafios do ensino, saúde e assistência hospitalar, o que foi um contexto relevante para o desenvolvimento e consolidação das práticas na saúde mental.

Destacam-se ainda nesse período a criação do Serviço de Assistência aos Alienados em 1890 e o Decreto-Lei de 1933, que regulamentou a assistência aos alienados, representando tentativas de organizar e normatizar o tratamento psiquiátrico. Em 1953, a separação do Ministério da Saúde, uma mudança estrutural, sinalizou ainda mais a importância dada à saúde no cenário nacional.

Nesse contexto, surgem os primeiros decretos que buscam a organização do ensino e regulação das primeiras profissões que atuam no campo da saúde mental, como o médico psiquiatra, enfermagem, serviço social, psicologia e terapia ocupacional. A política de recursos humanos, com a regulamentação das profissões envolvidas no tratamento psiquiátrico, tornou-se um componente crítico importante dessa trajetória. O estabelecimento de escolas de formação e a criação de conselhos profissionais representaram esforços para consolidar e regulamentar as práticas, mas a assimilação

completa dessas mudanças na cultura asilar exigiu tempo e enfrentou resistências.

4.2 Ambulatórios na Saúde Mental do Brasil: A busca de novas práticas preventivas e a persistência asilar

Os ambulatórios têm sua trajetória vinculada aos movimentos da psiquiatria comunitária e das comunidades terapêuticas na Europa, os quais buscavam transformações no modelo asilar, propondo abordagens mais humanizadas, especialmente após as atrocidades das grandes guerras que evidenciaram violações dos Direitos Humanos nas chamadas "*Instituições Totais*". Nesse contexto, há maior visibilidade da semelhança entre as instituições psiquiátricas e os campos de concentração, surgindo movimentos para mudanças no modelo de tratamento ao doente mental. (Amarante, 2012)

O preventivismo surge nos EUA com o objetivo de desospitalizar a assistência psiquiátrica, focando em medidas de "desinstitucionalização". Essa abordagem busca reduzir a dependência do paciente à instituição, evitando a perda de conexões familiares, sociais e culturais. A desinstitucionalização é associada à desospitalização, visando diminuir internações e promover serviços extra-hospitalares. O arsenal de serviços alternativos, oferecido pelo preventivismo, busca contrapor o processo de alienação e exclusão social, propondo alternativas à hospitalização. Medidas de "despsiquiatrização" buscam descentralizar decisões terapêuticas, envolvendo profissionais de diversas áreas.

Nos EUA, programas preventivos resultaram em aumento da demanda ambulatorial, mas a transferência de pacientes asilares para serviços intermediários não foi efetiva. O modelo asilar é retroalimentado pelo circuito preventivista, gerando um mecanismo de "competência psicológica" sem resposta terapêutica adequada. (Amarante, 1995)

A reforma preventivista oferece um conjunto de serviços alternativos à hospitalização e visa reduzir internações. Destaca-se nessa proposta a busca por delimitar o trabalho do psiquiatra, descentralizando decisões terapêuticas para outros profissionais e modalidades assistenciais não psiquiátricas. Nesse contexto, surgem os atendimentos de grupos reflexivos, operativos, de escuta, entre outros, desenvolvidos por equipes multidisciplinares, ocorrendo a redefinição de papéis profissionais, como Serviço Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psicologia, apoio administrativo, entre outros (Amarante, 1995).

Essa transição para os ambulatórios não apenas respondeu às críticas das condições nos hospitais psiquiátricos, mas também refletiu uma mudança na compreensão da loucura, transformando-a em mercadoria.

Na década de 1930, no primeiro governo de Getúlio Vargas ocorre uma reforma no modelo de proteção social no Brasil. Através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais e dirigidos por representantes do Estado e assessoramento de um colegiado, composto por sindicatos reconhecidos pelo governo e sem poder deliberativo. Nesse novo modelo, a saúde pública foi dividida em duas áreas distintas: saúde pública, de natureza preventiva, conduzida por meio de campanhas, e assistência médica, de caráter curativo, administrada pela previdência social. (Cabral, 2019)

É desse período O Decreto n. 24.559, de 1934, abordou a profilaxia mental, assistência a psicopatas e fiscalização de serviços psiquiátricos e o Decreto n. 17.185, de 1944, aprovou o regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Nesse contexto, surge a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) estabeleceu o primeiro ambulatório psiquiátrico, o Ambulatório Rivadávia Correa, na Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro (RJ), hoje conhecido como Instituto Municipal Nise da Silveira. Fundada em 1923, a LBHM, apesar de intervenções sociais inicialmente, manteve práticas racistas e xenofóbicas. O ambulatório inicialmente permanecia dentro do hospital no atendimento ao egresso, refletindo a visão da psiquiatria em conciliar reclusão com prevenção. Amarante (1995)

Em 1946, nesse contexto de novas práticas de cuidado em saúde mental, se destaca a transformação dos ateliês de pintura e modelagem da Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional (CPN). O trabalho da psiquiatra Nise da Silveira foi um marco importante na introdução de uma nova abordagem que une o discurso psicanalítico às práticas terapêuticas que incorporavam expressões artísticas para auxiliar no tratamento dos internos da instituição. Em 1952 esses ateliês se transformaram no Museu de Imagens do Inconsciente.

Durante o segundo governo de Vargas, o Ministério da Saúde foi criado, ficando responsável por ações de vacinação e combate a doenças endêmicas separado ainda das ações assistenciais que eram conduzidas pelos institutos de aposentadorias e pensões ou pelo Ministério da Educação e Saúde Pública. Em 1946, através do Decreto/Lei 8.550, de 1946, foi possível ao Ministério da Educação e Saúde realizar acordos para intensificar a assistência psiquiátrica nacional. No entanto, destaca-se que até o final da década de 50, os serviços médicos dos IAPs não incluíam assistência psiquiátrica, especialidade ainda não reconhecida no Brasil.

Entre o período de 1940 e 1955 é marcado por mudanças na assistência à saúde mental brasileira com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) que se destaca pela ampliação da rede ambulatorial, a criação dos Ambulatórios de Higiene Mental (AHM's) e os desafios enfrentados na implementação dessas políticas voltadas para a disseminação de práticas de prevenção de distúrbios mentais. (Braga, 2013).

Nesse período, o psiquiatra Adauto Botelho na gestão do SNDM defendia a implantação dos AHM's existência em todo o território nacional, assim como de hospitais para serviços abertos e fechados, manicômio judiciário ou serviços específicos para delinquentes. A importância do SNDM está na formulação e organização assistencial em vários estados da federação nas décadas e 40 e parte da década de 50.

A assistência psiquiátrica pública brasileira é organizada e legitimada pelo decreto Nº 17.185 de 18 de novembro de 1944 que institui o Plano Hospitalar Psiquiátrico, estratégia que dar base legal para as ações do SNDM.

Os Ambulatórios de Higiene Mental (AHM's), foi a estratégia do SNDM implementou os AHM's para descentralizar o cuidado em saúde mental. O Serviço tinha como atribuições chefia de inspetores psiquiátricos que tinha uma função fiscalizadora, realizavam consultas, triagem, acompanhamento pós-internação, realização de terapêutica ocupacional e prevenção de distúrbios mentais.

Desde a sua criação os AHM's tiveram muitos desafios na sua implementação, dentre as quais, está a escassez de recursos humanos para a ampliação da rede ambulatorial: Apesar do aumento de recursos destinado para a expansão da assistência psiquiátrica em território nacional, a falta de mão de obra especializada médica psiquiátrica e de enfermagem especializados em atendimento psiquiátrico, foi um desafio constante.

Em 1955, o SNDM tinha como meta a implementação de mais 100 ambulatórios psiquiátricos em todo o território nacional, o que demandaria a contratação de 100 psiquiatras adicionais aos 2520 já existentes na rede de assistência psiquiátrica. Entretanto, em 1952, o SNDM operava apenas 15 AHM's no Brasil, e a criação de novos ambulatórios foi inviabilizada pela escassez de médicos psiquiatras disponíveis (Braga, 2013).

Nas décadas de 60 e 70, o processo de ambulatorização na rede de saúde mental resultou em inúmeros encaminhamentos para internações, culminando na cronificação dos pacientes acompanhados e no aumento do consumo e dependência de psicotrópicos.

A crítica ao modelo do ambulatório reside no modo de fazer e pensar da psiquiatria, cujo objetivo principal é eliminar os sintomas, retirar os pacientes da crise e monitorar os momentos estáveis para evitar novas crises. Nesse contexto, ações voltadas para autonomia e autogestão, estimulando os pacientes a prosseguirem com suas vidas e desenvolverem estratégias para lidar com as dificuldades, são frequentemente negligenciadas.

Os ambulatórios assumiram um papel secundário em relação às internações, atuando como um serviço complementar, mas não como substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Ao enfocarem predominantemente a perspectiva da doença e negligenciarem a abordagem de saúde integral, esses

ambulatórios acabaram contribuindo para que os atendimentos durante a estabilização dos sintomas se transformassem meramente em uma expectativa para um subseqüente período de crise, frequentemente culminando novos períodos de internações (Tenório, 2001).

Na década de 60, o Brasil passa por transformações sociais e políticas do Brasil. No campo da saúde, um marco significativo foi a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que desempenhou um papel estratégico na implementação de um novo modelo de assistência à saúde. O Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, formalizou a instituição, conferindo-lhe a responsabilidade pela coordenação e execução dos serviços médicos e hospitalares da previdência social.

O contexto histórico desse período testemunhou mudanças significativas, como o golpe militar em 1964 e a subseqüente instauração de um regime autoritário. O governo militar buscava modernizar instituições e, na área da saúde, a criação do INAMPS foi uma tentativa de reorganizar e unificar a assistência médica previdenciária no país.

Nesse período ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto de Previdência Social (INPS) em 1966. Durante esse contexto, legislações como o Decreto 55.474/1965 e o Decreto 60.252/1967 tiveram impacto significativo no serviço nacional de doenças mentais.

O cenário político repressivo entre 1964 e 1974, favoreceu a reforma institucional do governo, caracterizada por privatizações que enfatizaram a produção quantitativa de procedimentos pelo setor privado. Esse período ficou conhecido como a "indústria da loucura," que resultou na expansão de leitos e fortaleceu o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, tornando-se um obstáculo para alternativas asilares na assistência psiquiátrica. (Amarante, 1995, Cabral, 2019)

O modelo de assistência proposto pelo INAMPS refletia uma mudança de paradigma, buscando descentralizar os serviços de saúde e integrar diferentes níveis de atenção. A atenção à saúde mental foi incorporada nesse novo modelo através dos ambulatórios psiquiátricos.

No INAMPS, os serviços ambulatoriais limitavam-se ao atendimento de psiquiatria, recebendo entre 1% e 2% de todos os recursos da saúde mental. A maior parte dos recursos era destinada aos hospitais psiquiátricos privados, que não eram fiscalizados adequadamente, resultando em longas internações sem critérios claros.

Esse modelo gerou problemas para a Previdência Social, pois a população começou a perceber a facilidade da internação e dos laudos psiquiátricos gerados nos hospitais psiquiátricos como justificativa para solicitar aposentadoria por invalidez, tornando a doença mental um dos primeiros agravos nos pedidos de aposentadoria no país.

O período de reabertura política na década de 1970 marcou o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental no Brasil em direção ao paradigma da atenção psicossocial, refletindo os desafios e aspirações da sociedade brasileira. Essa trajetória histórica dos ambulatórios na saúde mental revela a constante busca por práticas mais humanizadas e integrativas, enfrentando desafios e paradigmas ao longo do tempo. (Amarante, 2012).

Segue alguns decretos que marcam esse período asilar e que traçam as mudanças na consolidação dos Hospitais Psiquiátricos e dos Ambulatórios como o espaço de tratamento da loucura.

Tabela 1 - Decretos do Período Asilar (1852-1953)

Ano	Decreto	Assunto
1852	Decreto nº 7.247	Cria o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro.
1890	Decreto nº 1.304	Cria o Serviço de Assistência aos Alienados, órgão responsável pela administração dos hospitais psiquiátricos no Brasil.
1933	Decreto-Lei nº 2.268	Regulamenta a Lei nº 1.137, de 27 de dezembro de 1931, que trata da assistência aos alienados.
1930	Decreto nº 19.402	Cria o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.
1953	Lei nº 1.920	Cria o Ministério da Saúde, separando-o do Ministério da Educação.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

4.3 As Profissões de Saúde Mental no Brasil: Uma Análise Histórica da Consolidação, Formação e Regulamentação.

O surgimento das profissões de saúde mental no Brasil está intimamente relacionado ao desenvolvimento do modelo asilar de atenção à saúde mental, que se consolidou no país no século XIX. Esse modelo, baseado na internação e medicalização dos pacientes, exigiu a criação de profissionais especializados para atender às necessidades dessa população. Segue a seguir uma visão da evolução das práticas de saúde mental, desde o século XIX e seu processo de regulamentação das cinco profissões de saúde mental que mais se destacam nesse cenário: Psiquiatria, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional.

4.3.1 Medicina Mental/Psiquiátrica: A primeira profissão de Saúde Mental

A vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, representou um marco importante para o desenvolvimento da medicina no país. Até então, a prática da medicina era realizada por diferentes personagens, como cirurgiões, barbeiros, boticários, sangradores, curandeiros e feiticeiros. A escassez de médicos qualificados era uma das principais preocupações do príncipe regente, D. João VI.

Uma das primeiras medidas tomadas por D. João VI após a chegada da corte ao Brasil foi a criação de escolas de cirurgia na Bahia (18/02/1808) e no Rio de Janeiro (02/04/1808). Essas escolas ofereciam cursos de cinco anos, com disciplinas de anatomia, cirurgia, medicina clínica e terapêutica.

Em 1813, as escolas de cirurgia foram reorganizadas, ampliando o período de estudos para cinco anos e criando a possibilidade de os alunos obterem dois diplomas: o de "cirurgião aprovado", que habilitava o profissional

a atuar apenas na área de cirurgia, e o de "cirurgião formado", que permitia a atuação na medicina e na cirurgia. (Lima, 2008)

Apesar das reformas e da reorganização das escolas, as condições de ensino eram precárias, com frequentes as queixas sobre a falta de um local apropriado para as aulas, carência de utensílios, livros e outros recursos.

A psiquiatria emergiu nesse contexto do século XIX, marcando uma reformulação nas enfermarias das Santas Casas e asilos de caridade, substituindo o modelo anterior caracterizado por altas taxas de mortalidade e condições precárias. O Hospício Pedro II, em 1852, foi o pioneiro na introdução da medicina mental no país, com a contratação de médicos psiquiatras para atuar na instituição.

A medicina mental, conhecida como psiquiatria, foi à primeira profissão de saúde mental a se estabelecer no Brasil. Os médicos psiquiatras assumiam a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, empregando uma abordagem médica que incluía o uso de medicamentos e intervenções psicoterapêuticas. (Amarante, 2012).

4.3.1.1 Formação e Regulamentação

Alguns decretos desde a época do Império demonstram alguns movimentos importantes para a formação e regulamentação da prática médica e médica psiquiátrica no Brasil:

- a) Lei de 03 de outubro 1832 que estabeleceu a nova organização para as Academias Medico-cirúrgica do Rio de Janeiro e Bahia
- b) Decreto de 15 de janeiro de 1830 que autorizou a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, aprovando seus estatutos.
- c) Decreto N^o 20.931, de 11 de janeiro de 1932 que regulou e fiscalizou o exercício da medicina, odontologia, medicina

veterinária, farmácia, parteira e enfermagem no Brasil, estabelecendo penas.

A criação do Conselho Profissional ocorre somente em 1958, através da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1958, que estabeleceu o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs).

A psiquiatria, como especialidade médica, foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 4.214, de 23 de julho de 1942. Esse decreto definiu os requisitos para o exercício da psiquiatria, incluindo a conclusão de um curso de medicina e a aprovação em um exame de qualificação.

4.3.2 Enfermagem em Saúde Mental/Psiquiátrica

O desenvolvimento da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil está entrelaçado com o projeto da medicina social que emergiu no século XVIII na Europa. Nesse período, a psiquiatria foi à pioneira entre as especialidades médicas vinculadas a um projeto de transformação social.

A Enfermagem ingressou nesse cenário ao contribuir para o conhecimento da organização interna dos espaços asilares/hospitalares. Destaca-se Pussin como o primeiro enfermeiro psiquiátrico, colaborador de Pinel nas reformas asilares na França. Embora sua importância histórica seja frequentemente subestimada, ele se tornou referência no estudo da prática de enfermagem em saúde mental. (Reinaldo, 2011)

No decorrer de seu desenvolvimento histórico, a Enfermagem não era reconhecida como profissão formal. Os cuidados eram predominantemente caritativos, realizados por leigos, muitos deles pobres, escravos ou antigos doentes. Esses leigos atuavam nas Santas Casas de Misericórdia, sob a direção de congregações religiosas, com um ensino passado verbalmente de uma irmã para outra, sem formalidade ou padronização.

A primeira escola de Enfermagem, criada em 1890 no Hospital Nacional de Alienados (atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto), surgiu para suprir a crise de mão-de-obra na época. Com foco principalmente na psiquiatria, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados tinha o objetivo de formar profissionais para os hospitais psiquiátricos, civis e militares no país. A escola também visava à instrução e profissionalização de mulheres pobres, oferecendo vantagens como a disciplinação dessas mulheres e a subordinação garantida aos médicos.

Nesse contexto, os administradores do Hospital Psiquiátrico já buscavam a separação da função profissional da religiosa, exercido pelas irmãs de caridade. Em 1854, foi apresentado um relatório ao governo em que se criticava a atuação das irmãs de caridade no hospital com a argumentação de que as irmãs não tinham a formação adequada para prestar assistência aos pacientes.

Em 1883, o governo imperial publicou um regulamento que proibia as irmãs de caridade de exercer a função de enfermeiras nos hospitais psiquiátricos, o que possibilitou que a Enfermagem passasse a ser considerada uma profissão e ganhou certa valorização social. Tornou-se uma alternativa de profissionalização, principalmente para mulheres, representando uma oportunidade de ascensão social mediante uma formação específica.

A Enfermagem nasce, portanto, a partir da criação de uma escola de Enfermagem no hospital psiquiátrico e sob a tutela médica. Essa integração da Enfermagem com a Psiquiatria foi um elemento central nesse processo formativo. A escola de Enfermagem, ao estar situada no ambiente hospitalar psiquiátrico, estabeleceu uma conexão intrínseca com as práticas e necessidades específicas desse contexto. (Reinaldo, 2011)

4.3.2.1 Formação e Regulação da Enfermagem

O Decreto Nº 791, de 27 de setembro de 1890, desempenhou um papel crucial na criação da primeira escola de enfermagem no Brasil. Este decreto não apenas estabeleceu critérios para a admissão de alunos, mas também regulamentou aspectos como gratificações e premiações, conferindo reconhecimento aos destacados nos exames, além de garantir preferência para empregos nos hospitais.

Posteriormente, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados passou por uma reorganização significativa, refletida no Decreto-lei N. 004725 de 22 de setembro de 1942. Essa reestruturação evidenciou a necessidade constante de aprimoramento e adaptação às demandas emergentes da profissão.

Em 1945, a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) já demonstrava preocupações relacionadas ao registro e controle do exercício profissional. O Decreto Nº 27.426, de 14 de novembro de 1949, aprovou o Regulamento Básico para os cursos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, indicando a crescente preocupação com a padronização e qualidade na formação desses profissionais.

A regulação e fiscalização do exercício da enfermagem no Brasil foram formalizadas pelo Decreto Nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. No entanto, a efetiva criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e dos Conselhos Regionais (CORENs) ocorreu em 1973, pela Lei nº 5.905, com instalação definitiva em 05 de março de 1975.

A trajetória da Enfermagem no Brasil revela um processo de evolução, desde suas origens caritativas até o reconhecimento como uma profissão de importância fundamental. A criação de escolas específicas e a regulamentação efetiva foram passos essenciais para garantir padrões de qualidade na formação e atuação desses profissionais, contribuindo para o desenvolvimento e reconhecimento da Enfermagem como uma profissão essencial no cenário da saúde brasileira.

4.3.3 Assistência Social: Caminhos Históricos e Normativos

A atuação da Assistência Social tem raízes profundas desde a criação das Santas Casas de Misericórdia e dos primeiros hospitais. A preocupação com questões sociais e de caridade já estava presente, inicialmente, através do trabalho religioso. O Serviço Social, em virtude de sua natureza social, passa a ser demandado para atuar nas instituições, fornecendo apoio e assistência aos necessitados, deficientes e desajustados socialmente.

O Serviço Social, em virtude de sua natureza social, é chamado a atuar nas instituições oferecendo apoio e assistência aos indivíduos considerados "necessitados", "deficientes" e "desajustados" socialmente. Seu propósito é "diminuir os conflitos e minimizar as disfuncionalidades sociais de modo mais sistemático e racional". (Oliveira, 2017)

A profissão de Serviço Social surge como uma entidade institucionalizada no cenário mundial por volta de 1920, pós-Primeira Guerra Mundial. Esse período foi marcado pelo surgimento de questões sociais e pela organização da classe trabalhadora, impulsionando movimentos europeus de ação social. Na América Latina, especialmente nas primeiras décadas do século XX, o agravamento das questões sociais resulta em propostas da Sociedade Civil, Igreja e Estado para a implementação de Políticas Públicas Sociais.

Com o processo de industrialização, surgem medidas para disciplinar o tempo livre do trabalhador, com o objetivo de evitar a ociosidade possibilite os vícios e os comportamentos inadequados. As políticas assistencialistas criadas pelos empresários influenciam o surgimento do Serviço Social, sendo uma estratégia que, embora pareça benevolente, busca racionalizar o controle social, aumentar a produtividade e explorar a força de trabalho. (Bezerra, 2013)

Diante do aumento da demanda por serviços sistematizados e organizados, emerge a necessidade de profissionalização da prática de assistência social. Nesse contexto, surgem as primeiras escolas especializadas em Serviço Social na América Latina.

4.3.3.1 Formação e Regulação do Serviço Social

Em 1886, a Sociedade de Organização da Caridade é fundada em Londres, marcando o início da organização da Assistência Social. Essa iniciativa destaca a necessidade de formar profissionais para atuar nessa área. A primeira escola de Serviço Social do mundo é estabelecida em Amsterdã, em 1899. No Brasil, as Ligas das Senhoras Católicas em São Paulo e a Associação das Senhoras Brasileiras no Rio de Janeiro assumem a responsabilidade pela educação dos trabalhadores para lidar com a questão do disciplinamento do tempo do operário.

Em 1936, surge na Pontifícia Universidade Católica em São Paulo a primeira Escola de Serviço Social do Brasil.

Com relação a regulação, o Serviço Social foi uma das primeiras profissões da área social a ter sua regulamentação profissional aprovada pela Lei 3252, de 27 de agosto de 1957, posteriormente regulamentada pelo Decreto 994, de 15 de maio de 1962.

O Serviço Social se integra nos Hospitais Psiquiátricos com a perspectiva de abordar os aspectos sociais e familiares dos pacientes. Sua atuação visa à integração dos pacientes na sociedade, auxiliando-os na reinserção social, oferecendo orientação familiar e suporte para uma transição mais suave do hospital para a comunidade. Desde os primeiros anos de regulamentação, o Serviço Social passa a compor as equipes multidisciplinares dos hospitais psiquiátricos, consolidando-se como parte integrante das equipes de saúde mental nas décadas de 40, 50 e 60.

Na década de 40, a profissão de Serviço Social se insere no campo da Saúde Mental, influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento de Higiene Mental, que contribuiu para a demarcação do campo de competência do profissional do Assistente Social.

No início, os Assistentes Sociais trabalhavam de forma subordinada aos médicos, realizando tarefas de levantamentos de dados sociais, mediação para a alta dos pacientes e confecção de atestados sociais. (APPEL, 2017).

O Movimento Higienista, como já descrito anteriormente, tinha o objetivo de “humanizar” o atendimento em hospitais e asilos psiquiátricos, ampliou seu foco para incluir a prevenção e a higiene mental em especial nos ambulatórios de higiene mental (AHM’s) (Amarante, 2012). Nesse contexto, os Assistentes Sociais atuavam coletando dados de usuários com transtornos mentais e no atendimento as famílias nas orientações no desligamento do hospital. A prática profissional ainda estava subordinada a fazer médico, caracterizando uma dinâmica assistencialista e acrítica (APPEL, 2017).

Durante a Ditadura Militar em 1964, reformas na saúde e previdência conduziram à transição do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada. Esse período testemunhou um aumento significativo no número de hospitais psiquiátricos, impulsionado pelo favorecimento de lucros associados às questões de saúde mental. Essa mudança histórica proporcionou um cenário propício para a atuação dos Assistentes Sociais na área de Saúde Mental, evidenciando os impactos políticos e socioeconômicos nas práticas profissionais durante o regime militar.

Na década de 1970, no Brasil, novos debates surgem sobre a necessidade de promover mudanças na assistência às pessoas com transtornos mentais. Esses debates culminam em 1978 com o início do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirado em modelos europeus.

O movimento de Reforma Psiquiátrica busca reestruturar o sistema de saúde mental, buscando alternativas ao modelo hospitalocêntrico, que concentrava a assistência em hospitais psiquiátricos, muitas vezes em condições precárias.

O Serviço Social desempenha um papel fundamental nesse processo, contribuindo para a defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a promoção de uma assistência mais humanizada e integrada à comunidade.

4.3.4 Terapia Ocupacional: Aspectos Históricos e Marco Regulatório

A Terapia Ocupacional (TO) surgiu no século XVIII, na França, com o desenvolvimento do Tratamento Moral, que propôs a internação e o isolamento como a melhor resposta social para as tensões ocasionadas pela loucura. No contexto da Revolução Industrial, o trabalho era valorizado como um meio de controle social e de disciplinarização dos indivíduos. Assim, a ocupação, no seu aspecto de trabalho, passou a ter grande valorização social, e foi neste esteio que a TO se consolidou como ciência na área da Saúde Mental.

No início do século XX, George Burton introduziu o termo "Terapia Ocupacional" ao aplicar técnicas de reeducação em uma instituição em Clifton Springs, Nova York, tendo um reconhecimento crescente, não apenas no tratamento de doenças mentais, mas também na reabilitação física pós-acidentes industriais e guerras mundiais e no tratamento de crianças com poliomielite.

Nos países da América Latina está intrinsecamente ligada aos centros de reabilitação física, hospitais psiquiátricos e instituições relacionadas a questões sociais, como detentos, pessoas em situação de rua, prostitutas e pessoas com deficiência. Desde a criação do primeiro hospital no Brasil, a abordagem terapêutica do trabalho ganha destaque, influenciada pelos estudos de Pinel e seu tratamento moral, que via na internação e isolamento a resposta social mais eficaz para as tensões causadas pela loucura.

No Hospital Dom Pedro II, fundado em 1852, e no Hospital do Juqueri, inaugurado em 1898, as ocupações, como oficinas de alfaiataria, marcenaria, sapataria e outras, eram fundamentais para o tratamento moral, visando o retorno à racionalidade e a preparação para a reintegração no mercado de trabalho pós-guerras. O Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904, regulamenta a Assistência a Alienados, destacando a importância das oficinas terapêuticas como parte do tratamento.

A utilização terapêutica do trabalho evidencia o cuidado institucionalizado, antes mesmo da formalização da Terapia Ocupacional como

profissão, incorporando atividades ocupacionais como estratégia de "cuidado" e "tratamento" ao sofrimento psíquico institucionalizado (Nascimento, 1991).

Em 1946, Nise da Silveira funda o Serviço de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional, no Rio de Janeiro, trazendo para a cena o potencial expressivo da prática profissional no cuidado da "loucura". A experiência de Nise foi singular e inestimável, porque desvinculou as atividades dos objetivos comportamentais. Ela desenvolveu dezessete oficinas, dentre as quais destacou-se o ateliê de pintura, onde as obras dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso foram compiladas para compor o Museu de Imagens do Inconsciente. (Braga, 2013, Amarante, 2012; Nascimento, 1991).

4.3.4.1 Formação e Regulação em Terapia Ocupacional

O marco regulatório da profissão teve seu início com a criação do primeiro curso técnico de Terapia Ocupacional em 1959, focado na Reabilitação Física e fundamentado pelo paradigma flexneriano. Durante uma década, a Terapia Ocupacional esteve submissa ao ato médico, sendo inicialmente uma subdisciplina da medicina. As atividades eram prescritas pelos médicos e apenas administradas pelos terapeutas ocupacionais.

Em 1969, com a tecnificação do trabalho e do conhecimento nas sociedades capitalistas, a formação em Terapia Ocupacional ascendeu ao nível superior, marcando uma emancipação da profissão em relação à medicina. No entanto, mesmo com essa emancipação, o modelo biomédico já estava profundamente enraizado na profissão, influenciando a compreensão da saúde com base nos referenciais da biofísica e bioquímica, especialmente os aspectos cinesiológicos e neurológicos. Esse cenário representou uma descontinuidade no processo de desenvolvimento da profissão no Brasil, assumindo a concepção de uma profissão paramédica orientada pelo modelo clínico.

Assim, a regulamentação da profissão e sua evolução ao longo dos anos refletiram a dinâmica entre a influência médica, a busca por autonomia e a adaptação aos paradigmas da Ciência Moderna.

Desse período, destacam-se os seguintes marcos:

- a) 1969 - A regulamentação da profissão através do Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que criou o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).
- b) 1957 início do curso Técnico de Terapia Ocupacional em São Paulo, no Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina da USP, e no Rio de Janeiro, na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR).
- c) 1963 foi aprovado o currículo do curso superior de Terapia Ocupacional e Fisioterapia na ABBR no Rio de Janeiro, alcançando o reconhecimento como nível superior em 1969 e oficializado em 1971.

Na era Vargas a terapia ocupacional teve grande destaque como prática especializada no tratamento de acidentados de trabalho, pacientes crônicos e deficientes sensoriais e físicos.

Com a evolução da Ciência Moderna, marcada por uma perspectiva extremamente positivista, os terapeutas ocupacionais brasileiros alinharam-se ao biologismo, integrando-se aos serviços especializados em reabilitação física e tecnologia. As atividades terapêuticas passaram a ser sistematicamente analisadas em relação ao diagnóstico médico e às funções lesadas. Essas atividades eram selecionadas, graduadas e estruturadas em etapas de complexidade crescente, com o exercício repetitivo visando à completa recuperação funcional ou à minimização das sequelas motoras.

No âmbito da Saúde Mental, a TO teve seus marcos a partir de 1852 com o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, e posteriormente, em 1911, com a criação do Centro Psiquiátrico Nacional em Engenho de Dentro. A psiquiatra

Nise da Silveira coordenou o Setor de Terapêutica Ocupacional nesse centro, buscando modificar a estrutura hospitalar considerada adoecedora.

Nise propunha práticas humanistas, enfatizando a ampliação do relacionamento com o meio social e a expressão dos pacientes por meio de diversas oficinas. O ateliê de pintura resultou no Museu de Imagens do Inconsciente, estratégia que buscava transformar a visão cultural sobre a loucura. A partir de 1970, a Saúde Mental foi incluída nos currículos de graduação, marcando uma transformação nas práticas, alinhando-se aos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propunham uma concepção mais positiva e ampla de saúde.

A partir da década de 60, os terapeutas ocupacionais foram inseridos nas equipes multidisciplinares dos hospitais psiquiátricos e ambulatórios como parte integrante do processo de cuidado em saúde mental. O movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado na década de 70, também influenciou a prática da Terapia Ocupacional, direcionando-a para abordagens mais humanizadas e centradas no paciente.

4.3.4.2 Principais decretos referentes à profissão

- a) Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904 - Dá novo regulamento a Assistência a Alienados.
- b) Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969: criou o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).
- c) Decreto nº 22.656, de 30 de junho de 1997: regulamentou o exercício da profissão de terapeuta ocupacional.

4.3.5 Psicologia

A Psicologia teve seus primeiros passos no Brasil no início do século XX, influenciada pelos movimentos na Europa, especialmente pela psicanálise. O interesse crescente nessa disciplina se refletiu no contexto da saúde mental, onde os psicólogos desempenhavam papéis significativos nos hospitais psiquiátricos, realizando avaliações e intervenções psicoterapêuticas.

Em 1932, destacou-se o projeto pioneiro no ensino da psicologia pelo psicólogo polonês Waclaw Radecki, com a criação do Instituto de Psicologia. Anteriormente, em 1924, Radecki havia fundado e dirigido o Laboratório de Psicologia Experimental na Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. No entanto, o Instituto de Psicologia teve uma curta duração, limitando-se a sete meses.

Ao longo dos anos 1940, cursos de especialização em Psicologia começaram a surgir, com profissionais sendo chamados de psicotécnicos ou psicologistas. Na década de 1950, estabeleceram-se cursos nas Pontifícias Universidades Católicas e na Universidade de São Paulo, marcando uma diversificação no campo.

4.3.5.1 Formação e Regulação da Psicologia

O primeiro curso de Psicologia foi criado na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) em 1953, seguido pelo surgimento de outros cursos em instituições católicas e, em 1957, na Universidade de São Paulo (USP). Os primeiros cursos públicos e laicos foram estabelecidos, representando um marco na diversificação educacional em Psicologia.

Na década de 1950, cursos de especialização, como os do Instituto Sedes Sapientiae e do Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas (ISOP/ FGV), no Rio de Janeiro, tendo Emílio Mira y

López (1896-1964) como diretor. O termo psicopedagógico começou a aparecer nas escolas, apoiado por clínicas para psicodiagnósticos infanto-juvenis.

Em 1953, se busca a regulamentação da profissão pela Associação Brasileira de Psicotécnica com a entrega de um memorial ao Ministério da Educação. Em 1962, a Lei 4.119 foi sancionada, regulamentando a formação em Psicologia e a profissão de psicólogo.

Em 1971, a Lei Federal criou o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs). Esses órgãos foram fundamentais para a consolidação e regulamentação da prática da Psicologia no Brasil.

A Psicologia expandiu suas aplicações, abrangendo campos como Educação, Organização do Trabalho e Clínica. A profissão ganhou espaço e autonomia, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade brasileira ao longo do tempo. Os psicólogos trabalhavam no contexto dos hospitais psiquiátricos, realizando avaliações psicológicas dos pacientes e aplicando intervenções psicoterapêuticas. Eles também atuavam na reabilitação psicossocial dos pacientes.

Nesse período histórico, os profissionais da psicologia começaram a ser denominados psicotécnicos ou psicologistas, deixando o âmbito educacional para estabelecer um campo próprio. No final dos anos 1940, já surgiram especializações em seleção e orientação profissional no ISOP - Instituto de Seleção e Orientação Profissional em São Paulo, e no Banco da Lavoura em Belo Horizonte. A orientação psicopedagógica também teve início nas escolas, especialmente nas experimentais, com apoio de clínicas para psicodiagnósticos infanto-juvenis. Registros indicam a avaliação psicológica de menores abandonados ou considerados infratores.

A Psicologia expandiu suas aplicações, abrangendo campos como Educação, Organização do Trabalho e Clínica. A profissão ganhou espaço e autonomia, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade brasileira ao longo do tempo.

No campo da Saúde Mental, a Psicologia surgiu no século XIX, na Europa, como uma ciência que buscava compreender o comportamento humano, sendo fortemente influenciada pela filosofia, psiquiatria e psicanálise. É importante destacar como as práticas sanitárias e preventivistas, como a limpeza da cidade e a promoção da higiene mental estabelecidas nos meados do século XX, tiveram forte influência dos “saberes psi” (psicologia, psiquiatria e psicanálise).

O conceito de Higiene Mental está diretamente vinculado aos "saberes psi" (psicologia, psiquiatria e psicanálise), ou seja, esses saberes originaram-se no contexto das práticas voltadas para a promoção da saúde mental, prevenção de transtornos psíquicos e tratamento ambulatorial. Essa abordagem visa manter a saúde mental da população, evitando hospitalizações desnecessárias, e marca a inserção do psicólogo e de outros profissionais em equipes multiprofissionais de instituições de saúde a partir da década de 30 no Brasil.

O enfoque preventivista dessas práticas representa uma mudança de paradigma na abordagem da saúde mental, priorizando ações para evitar o surgimento de transtornos e promover o bem-estar psíquico da comunidade. O conhecimento “psi” desdobra-se em sua relação com os campos disciplinares da medicina, pedagogia e criminologia, utilizando um vocabulário psicológico na interpretação de fenômenos sociais, culturais e políticos relacionados à normalidade e doença.

É importante destacar a introdução de disciplina de psicologia na Faculdade de Medicina, assim como a forte presença na Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923 no Rio de Janeiro, contou a presença de membros da elite médica e intelectual que foram personalidades relevantes na história da psicologia brasileira, evidenciando a interseção entre a Psicologia e a promoção da saúde mental. (Vilela, 2012)

Os psicólogos quando inserido nos hospitais psiquiátricos, questionaram a eficácia e a humanidade do tratamento centrado no isolamento e na institucionalização afirma que:

“A Psicologia foi uma das primeiras a se colocar contra o modelo manicomial, colocando em questão as práticas e as concepções que o sustentavam.” (Amarante, 1995, p. 17)

Aponta ainda o autor a importância da Psicologia na introdução de uma abordagem mais humanista na assistência psiquiátrica. Isso envolveu uma mudança de foco dos aspectos puramente biológicos para considerações mais amplas, incluindo as dimensões psicológicas e sociais do indivíduo.

Essa abordagem humanista contribuiu para o reconhecimento da dignidade e da autonomia dos pacientes psiquiátricos, e para a promoção de uma assistência mais integral e humanizada, na lógica da reabilitação psicossocial como uma alternativa ao modelo manicomial.”

A reabilitação psicossocial surge nesse contexto como uma proposta de cuidado que busca promover a autonomia e a inclusão social dos pacientes, por meio de atividades que estimulem a expressão, a socialização e o desenvolvimento de habilidades.

Nesse sentido a “*Psicologia contribuiu para o enfrentamento à estrutura hospitalar adocedora, propondo alternativas ao tratamento manicomial.*” Amarante (1995, p. 17)

As contribuições da Psicologia no período asilar foram cruciais para a transformação do cenário asilar, representando um movimento em direção a uma abordagem mais humanizada e inclusiva na assistência à saúde mental.

Ao longo da história da Saúde Mental, observamos uma transição marcante no modelo de cuidado, passando do período asilar, caracterizado por internações prolongadas e isolamento social, para práticas preventivistas em ambulatórios. Durante o período asilar, os hospitais psiquiátricos predominavam, refletindo uma abordagem centrada na internação e tratamento de longo prazo. (Amarante (2012)

Com o surgimento das práticas preventivistas, especialmente a partir da década de 30, à busca por alternativas à internação psiquiátrica, resultando na criação dos Ambulatórios de Higiene Mental. Este período marca o surgimento das primeiras práticas multiprofissionais em saúde mental, sendo um espaço importante para a consolidação das profissões de saúde mental: psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem. Destaca-se

nesse período a criação de cursos de formação e a regulação dessas categorias profissionais, atribuindo maior autonomia ao fazer profissional e não submetido ao ato médico.

As novas profissões de profissões de saúde mental, como psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem, reflete uma abordagem mais abrangente e holística no processo de promoção do bem-estar psíquico e social. A atuação desses profissionais em equipes multiprofissionais nos ambulatórios não só diversificou as opções de tratamento, mas também fortaleceu a ênfase na prevenção de transtornos psíquicos e na reintegração comunitária dos indivíduos.

Essas mudanças não se limitaram apenas ao modelo de atenção à saúde mental, impactando positivamente as políticas de recursos humanos. A criação e regulação de novas profissões no campo da saúde mental destacam a importância de uma abordagem colaborativa e interdisciplinar para atender às complexidades das necessidades dos pacientes. A redefinição de papéis profissionais e a descentralização das decisões terapêuticas realçaram a importância das equipes multidisciplinares, contribuindo para uma abordagem mais holística da saúde mental que foi um processo gradual, que começou na década de 1970 e culminou com a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

4.4 Transformações no Mercado de Saúde Mental no Brasil: Uma Análise do Período da Reforma Psiquiátrica (1970-2001)

Nesse período, torna-se necessário realizar uma análise abrangente das significativas mudanças no mercado de saúde mental no Brasil durante a Reforma Psiquiátrica, que transcorreu entre 1970 e 2001. Esse período foi marcado pela transição do modelo asilar para abordagens mais humanizadas, descentralizadas e interdisciplinares.

O movimento conhecido como antimanicomial desempenhou um papel fundamental na promoção dessas mudanças nos modelos de cuidado, promovendo transformações substanciais no mercado de trabalho em saúde mental. Embora a regulamentação das profissões de saúde mental já tivesse ocorrido anteriormente, é nesse período que se destacam as principais contribuições desses trabalhadores nas mudanças do modelo de assistência em saúde mental. O enfoque na desconstrução dos saberes e das práticas psiquiátricas foi marcante, alterando a política de saúde mental brasileira.

Com o início do processo de redemocratização no final da década de 70, houve uma maior mobilização da sociedade civil e dos trabalhadores de saúde mental em diferentes esferas governamentais: federal, estadual e municipal, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas universidades e nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Destaca-se desse período a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que aprovou as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a primeira conferência com ampla participação dos trabalhadores e da sociedade civil. Nesse contexto de ampla discussão da saúde pública no Brasil, realizou-se a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1986) e a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), eventos marcantes para as mudanças que ocorreram após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001.

4.4.1 Movimento Antimanicomial: Uma Análise do Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Seguindo a construção histórica, proposta por Amarante (1995) a Luta Antimanicomial surge durante o processo de redemocratização, quando a diminuição da censura possibilita uma maior mobilização da sociedade diante de questões sociais e políticas emergentes. Nesse contexto, a crise da Divisão

Nacional de Saúde Mental (DINSAM), ocorrida em 1978, marca a história da reforma psiquiátrica brasileira.

A greve dos médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), ocorrida nesse período, evidenciou para a sociedade as condições de precarização do trabalho nos hospitais psiquiátricos, a falta de recursos e denúncias de violências contra pacientes e funcionários, como agressões, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu nesse contexto de abertura política e de denúncias à assistência em saúde mental. O MTSM surgiu como um espaço de luta não institucional, organizado por trabalhadores da saúde mental, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. O movimento tinha como objetivos promover mudanças no modelo de cuidado em saúde mental, defendendo uma abordagem mais humanizada e inclusiva (Amarante, 1995).

Nesse período as profissões de saúde mental já estavam em sua maioria reguladas, com conselhos e associações profissionais estabelecidas e com forte presença na organização do movimento para promover mudanças no modelo de cuidado em saúde mental. Essa mobilização dessas entidades destaca-se como um elemento crucial no processo de transformação desse período, evidenciando o engajamento e a mobilização das categorias profissionais em prol de uma abordagem mais horizontalizada, com maior autonomia do fazer profissional, inclusiva e humanizada na saúde mental.

Nas universidades e escolas formadoras, começa a surgir um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. O I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro em 1978, foi um importante evento para a propagação desse pensamento. O congresso contou com a participação de importantes figuras internacionais, como Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman. Essas figuras representavam as correntes críticas ao modelo asilar, como a Rede de Alternativas à Psiquiatria, o movimento Psiquiatria Democrática Italiana e a Antipsiquiatria.

As ideias apresentadas no congresso tiveram um impacto significativo no debate sobre a saúde mental no Brasil. Elas contribuíram para a formação de uma nova geração de profissionais da saúde mental, que passou a questionar o modelo manicomial e a defender uma abordagem mais humanizada. (Ribeiro, 2004)

Nesse período ocorre o I Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental (1979) que foi um marco importante ao defender a eliminação de métodos de contenção, o respeito à autonomia dos indivíduos, a produção de relações e a restituição de direitos.

Na década de 80 o movimento da reforma psiquiátrica brasileira e a reforma sanitária andam juntos na busca de serem incorporados como política pública. Nesse período, os Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS) assinaram um convênio para a cogestão de unidades hospitalares públicas. A cogestão representava uma nova modalidade de gestão, mais participativa e democrática, que visava à descentralização e à regionalização da assistência à saúde (Amarante, 1995).

Com a implementação da cogestão em alguns hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro e de outros estados, os trabalhadores de saúde, as famílias e os usuários passaram estrategicamente a ocupar os espaços de gestão, formulação e execução das políticas de saúde, o que transformou a relação entre as instituições de saúde e da assistência. A proposta tinha como objetivo incorporar ideias e profissionais críticos ao modelo de assistência à saúde, buscando legitimidade e mitigando as críticas e denúncias (Ribeiro, 2004).

A cogestão foi um importante marco na trajetória da reforma sanitária brasileira, pois representou uma aproximação à proposta do SUS. A cogestão compartilhava alguns dos princípios fundamentais do SUS, como a descentralização, a participação social e a humanização da atenção à saúde. (Amarante, 1995)

No contexto do Rio de Janeiro, a cogestão em hospitais psiquiátricos desencadeou um processo amplo de regionalização, racionalização e humanização. Simultaneamente, houve uma expansão de ambulatórios como alternativa à internação, transformando hospitais em centros de referência em

saúde mental coordenando programas e atividades assistenciais em várias áreas programáticas na cidade. O Hospital Pinel enfatizou serviços ambulatoriais, desencorajando internações, adotando abordagem semelhante à psiquiatria comunitária americana. Já o Centro Psiquiátrico Pedro II buscou ambulatorização, evitando internações e capacitando-se para intervenções imediatas, envolvendo equipes multiprofissionais. A Colônia Juliano Moreira, atuou na ressocialização, inaugurou o Hospital Jurandir Manfredini para emergências e internações curtas, superando o modelo asilar (Amarante, 1995).

Na segunda metade dos anos 1980, inicia a fase da desinstitucionalização da reforma psiquiátrica brasileira, foi marcada por eventos importantes como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987), realizado em Bauru-SP.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, derivada da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1987, contou com a participação de delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, usuários e representantes da sociedade. Enfatizou a necessidade de esforços conjuntos entre trabalhadores de saúde mental e a sociedade civil, com recomendações para a participação da população na elaboração de políticas e investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais.

O II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, estabeleceu o lema "Por uma Sociedade sem Manicômios", focando não apenas em macrorreformas institucionais, mas na transformação cultural e cotidiana. Durante esse congresso, surgiu o Movimento da Luta Antimanicomial e a instituição do Dia Nacional da Luta Antimanicomial em 18 de maio, fruto da mobilização para incluir usuários de serviços e seus familiares.

Em 1990, a conferência "Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região", realizada em Caracas e promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reafirmou princípios fundamentais da estratégia de desinstitucionalização. A participação

brasileira contribuiu para alinhar práticas e políticas nacionais com tendências internacionais.

A fase de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, iniciada na segunda metade dos anos 1980 e estendida até o início dos anos 2000, foi marcada pela aprovação da Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental. Durante esse período, surgiram novos serviços substitutivos aos manicômios, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O SUS, concebido como um sistema público de saúde com acesso universal e gratuito possibilitou a expansão de serviços de atenção psicossocial. O decreto que oficializou a criação do SUS foi o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990. Esse decreto regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990, estabelecendo as diretrizes para o funcionamento do sistema. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma peça-chave para a transformação do cenário de saúde mental no Brasil

No âmbito da saúde mental, cresceram movimentos em favor da reestruturação do cuidado oferecido. Após as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental estabeleceu diretrizes fundamentais para a reforma psiquiátrica brasileira. A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, consolidou essas diretrizes e reafirmou a importância da desinstitucionalização dos manicômios.

Nesse contexto, em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei 3.657/89 pelo deputado Paulo Delgado que regulamentava os direitos do doente mental, indicando a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, substituindo-os por recursos não manicomial de atendimento. Sua aprovação em 1990 representou um avanço importante na luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. (Brasil, 2005^a)

A promulgação da Lei 10.216/2001 consolidou os avanços da Reforma Psiquiátrica, estabelecendo diretrizes para a assistência psiquiátrica no Brasil. Garantiu o direito das pessoas com transtornos mentais à atenção integral,

humanizada e não discriminatória, promovendo sua inclusão social, acesso ao trabalho, à educação e à cultura.

4.4.2 Transformações no Modelo Assistencial: Surgimento de Serviços Alternativos

No âmbito do modelo assistencial em saúde mental, ocorreram importantes transformações a partir da década de 1980. Uma das principais mudanças foi o surgimento de novas modalidades de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em São Paulo em 1987, foi um exemplo pioneiro desse modelo. Ele visava estabelecer uma rede comunitária de serviços, atuando como filtro entre hospitais e comunidade, com ênfase em tratamentos intensivos e atividades terapêuticas.

Em 1989, a Secretaria de Saúde de Santos promoveu o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado. Esse evento desencadeou a criação de um sistema substitutivo ao manicômio, que incluía Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas e associações. Os NAPS, que se destacavam por sua abordagem centrada nas necessidades individuais, desempenharam um papel fundamental no circuito regional de Santos, operando 24 horas por dia e 7 dias por semana. (Brasil, 2005 a)

Os CAPS e NAPS, pioneiros em São Paulo e Santos, foram posteriormente regulamentados pelo Ministério da Saúde, tornando-se modelos referência para o país. Nesse período, também emergiram os Centros de Convivência em espaços públicos e o SOS Louco, que oferecia assistência jurídica e política às vítimas do sistema psiquiátrico. Essa diversificação de serviços e modalidades ampliou significativamente as opções terapêuticas e assistenciais, consolidando efetivamente o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

A partir do estabelecimento da Coordenação de Saúde Mental através do Decreto Nº 189, de 23 de janeiro de 1991, foram implementadas ações estruturais visando a substituição do cuidado hospitalocêntrico por serviços comunitários. Os NAPS e CAPS foram então instituídos em nível nacional, tendo seu funcionamento regulamentado pelas portarias n. 189/1991 e n. 224/1992, marcando um redirecionamento significativo de recursos públicos para essas novas unidades.

A Portaria SAS/MS nº 224/1992 estabelece as diretrizes e normas para a organização dos serviços de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria define os principais pontos de atenção à saúde mental, que são:

- a) **Atenção ambulatorial:** serviços de atenção básica/centros de saúde e ambulatórios especializados.
- b) **Atenção psicossocial:** Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).
- c) **Atenção hospitalar:** hospital-dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria.

A portaria também estabelece os recursos humanos mínimos necessários para cada tipo de serviço. Em geral, os serviços de atenção psicossocial e hospitalar são mais complexos e exigem equipes multiprofissionais com maior número de profissionais. Segue os principais pontos de atenção à saúde mental e recursos humanos:

4.4.2.1 Atenção ambulatorial

Unidades básicas/centros de saúde: equipe técnica definida segundo critérios ao órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por

profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

Ambulatório especializado: equipe multiprofissional composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar).

4.4.2.2 Atenção psicossocial

Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS): equipe técnica mínima composta por:

- a) 1 médico psiquiatra;
- b) 1 enfermeiro;
- c) 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização aos trabalhos);
- d) Profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

4.4.2.3 Atenção Hospitalar

Hospital-dia: equipe mínima composta por:

- a) 1 médico psiquiatra;
- b) 1 enfermeiro;
- c) 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);

- d) Profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral:

- a) 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- b) 1 assistente social;
- c) 1 enfermeiro;
- d) Profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral: equipe técnica mínima composta por:

- a) 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- b) 1 enfermeiro;
- c) 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- d) Profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Hospital especializado em psiquiatria: equipe técnica mínima composta por:

- a) 1 médico plantonista nas 24 horas;
- b) 1 enfermeiro
- c) 1 assistente social;
- d) 1 psicólogo;
- e) 1 terapeuta ocupacional;
- f) 2 auxiliares de enfermagem;
- g) 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- h) 1 nutricionista;
- i) 1 farmacêutico.

A Portaria SAS/MS nº 224/1992 é um importante marco na organização dos serviços de saúde mental no SUS. A portaria contribuiu para a expansão da rede de serviços de saúde mental e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

4.5 Legislações da área da saúde mental no Brasil (1991-2001)

Tabela 2 - Relação de Legislação do Período Pré-Reforma Psiquiatria (1970-2001)

Ano	Portaria	Assunto
1970	Decreto nº 66.623	Dispõe sobre a organização administrativa do MS e cria a Divisão Nacional de Saúde Mental com a finalidade de planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de Assistência e reabilitação de psicopatas e de higiene mental.
1974	Portaria nº 32-BSB	Dispõe sobre a elaboração e execução dos Programas de Saúde Mental.
1979	Portaria Interministerial nº 1.369	Estabelece as diretrizes para a execução da Política de Saúde Mental.
1983	Portaria nº 3.235	Disciplina o processo de curatela e pagamento de proventos dos servidores da Previdência Social acometidos de alienação mental. Define que quando a Junta Médica concluir que, em consequência de alienação mental, o servidor está incapacitado para os atos da vida civil, serão providenciadas as ações de interdição e nomeação de um curador para o servidor.
1988	Resolução nº 6	Implanta o uso das técnicas alternativas nos serviços de Saúde Mental, consideradas recursos terapêuticos que podem auxiliar a prática clínica e recomendadas pela OMS.
1989	Projeto de Lei nº 3.657	Propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outros serviços assistenciais extra-hospitalares.
1991	Portaria nº 189	Aprova a internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico e geral e o tratamento em hospital-dia inclui novos procedimentos de atenção à saúde mental: atendimento em grupo executados por profissional de nível superior e nível médio, Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial, oficinas terapêuticas, visita domiciliar realizada por profissional de nível superior e Psicodiagnóstico.
1992	Portaria nº 224	Estabelecem diretrizes e normas que regulamentam os serviços ambulatorial e hospitalar para o tratamento psiquiátrico.

Ano	Portaria	Assunto
1992	Portaria nº 407	Dispõe sobre a criação de um grupo de procedimento transitório, denominado Internação em Psiquiatria III.
1992	Portaria nº 408	Inclui grupos de procedimento Internação em Psiquiatria III e Internação em Psiquiatria IV no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.
1993	Portaria nº 088	Estabelece critérios para o processo de credenciamento dos hospitais psiquiátricos no código de procedimento Internação em Psiquiatria IV.
1993	Resolução nº 093	Cria a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica para avaliar e definir estratégias para esse processo em curso.
1994	Resolução nº 1.407	Estabelece princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.
1994	Portaria nº 145	Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência de saúde mental em estabelecimentos credenciados no SUS em todo o território nacional.
1994	Portaria nº 147	Exige a apresentação escrita pela instituição, de um projeto terapêutico referentes à conduta dos hospitais
1995	Portaria nº 149	Estabelece normas referentes à conduta dos hospitais psiquiátricos acerca da internação de pacientes grabatários.
1998	Resolução nº 11	Dispõe sobre a cobertura obrigatória de tratamentos nos níveis ambulatorial e hospitalar.
1999	Portaria nº 1.077.	Implanta o Programa de Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental.
1999	Lei nº 9.867	Dispõe sobre a criação de cooperativas sociais.
1999	Resolução nº 298	Constitui Comissão de Saúde Mental que objetiva auxiliar na formulação de políticas de saúde mental.
2000	Portaria nº 106	Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no âmbito do SUS.
2000	Portaria nº 799	Institui o Programa Permanente para Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
2001	Portaria nº 175	Complementa a Portaria 106/00 acerca da assistência nos SRTs.
2001	Lei nº 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

4.6 Pós-Reforma Psiquiátrica (2001-Atualidade): O Impacto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as Transformações no Mercado de Trabalho em Saúde Mental

Após a promulgação da Lei 10.216/2001, que instituiu a Política Nacional de Saúde Mental, o Brasil testemunhou mudanças significativas no cenário da assistência psiquiátrica. A implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma estrutura territorial e comunitária, se destacou como um dos pilares dessa transformação. Seguindo as diretrizes da Conferência de Caracas da OMS (1990), houve uma aproximação das ações de saúde mental na atenção primária, com foco nas ações de promoção, prevenção e no fortalecimento de uma rede familiar e comunitária junto ao usuário.

É importante ressaltar a forte relação entre o movimento da Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, ambas defendendo a reorientação dos modelos de atenção, com ênfase na territorialização, na noção ampliada de saúde e doença, na integralidade e na interdisciplinaridade. Além da reforma assistencial, a Reforma Psiquiátrica visava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial.

A transição para esse período representa uma mudança substancial no modelo assistencial em saúde mental e que teve implicações significativas na prestação do cuidado em saúde mental e conseqüentemente para o mercado de trabalho em saúde mental, gerando novas oportunidades e desafios na formação dos profissionais da área.

A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pelo Ministério da Saúde nesse período foi marcada por diversas estratégias. Houve uma expansão da RAPS em pontos estratégicos, como a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diferentes regiões do país e a implantação de serviços de atenção psicossocial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, houve o fortalecimento da articulação entre os CAPS e outros serviços da rede de saúde, como hospitais e centros de reabilitação.

No aspecto legal, foi construído um arcabouço normativo para a desinstitucionalização, com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e a elaboração de normas e diretrizes para a implementação da RAPS.

A formação e qualificação dos profissionais da saúde mental também foram prioridades, com programas de formação em saúde mental, capacitação em serviço e eventos de atualização profissional. Isso incluiu cursos de graduação, especialização e pós-graduação em saúde mental para diferentes profissionais, além da elaboração de materiais educativos sobre o tema.

Por fim, o contexto político e social favoreceu os avanços na saúde mental, com a mobilização da sociedade civil e o crescimento da mídia especializada no assunto. Isso incluiu a participação ativa de movimentos sociais e organizações de usuários e familiares de pessoas com transtornos mentais, bem como a pressão sobre o governo para a implementação da Reforma Psiquiátrica e da RAPS.

4.7 A ascensão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Redução de Leitos Psiquiátricos

A transformação do sistema de saúde mental no Brasil é evidenciada pela redução significativa do número de leitos psiquiátricos, de cerca de 56.583 em 2002 para aproximadamente 12.662 em 2022, refletindo a transição do modelo asilar para o modelo psicossocial, centrado no cuidado na comunidade (CGMAD/DAPES/SAPS/MS, 2022).

A resistência encontrada pela reforma psiquiátrica ao propor a desinstitucionalização destacou a necessidade de esclarecer o conceito, como defendido por Paulo Amarante (1995), que ressalta a importância de desconstruir o modelo centrado na ideia de doença como falta e erro, privilegiando o tratamento do sujeito em sua totalidade e em seu contexto de vida.

O cuidado diário na comunidade enfrenta obstáculos, desde o acompanhamento dos familiares até a garantia de direitos sociais para a sobrevivência fora do hospital. Lancetti (2013) e Amarante (1995) enfatizam a necessidade de superar a lógica centrada no médico psiquiatra e no saber médico, buscando intervenções que considerem a complexidade da realidade e os aspectos históricos do processo de saúde e doença.

Nos primeiros anos da reforma psiquiátrica, foram promulgadas leis e medidas para reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, promovendo a criação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalar. No entanto, a implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enfrentou desafios, com muitos municípios sem atendimento adequado. A maioria dos municípios com menos de 15 mil habitantes (61%), não atendem aos critérios populacionais para implementação do CAPS.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação-Geral de Saúde Mental (CGSM), elaborou o Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, desenvolveu estratégias para integrar o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, reconhecendo a necessidade de alcançar uma parcela significativa da população não assistida pelos CAPS. A inclusão da Atenção Básica como componente estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) fortaleceu o papel dessa modalidade de cuidado como porta de entrada para os serviços de saúde mental.

Essas abordagens destacam a importância de repensar o cuidado em saúde mental, priorizando a inclusão social e a construção de possibilidades de vida para os usuários, em contraposição a um modelo institucionalizado e medicalizante.

No cenário internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já apontava a necessidade de descentralizar os serviços de saúde mental, reconhecendo que o cuidado não pode ser exclusivamente responsabilidade de especialistas. No Brasil, aproximadamente 20% da população necessita de

algum cuidado em saúde mental, e a Atenção Básica surge como um espaço estratégico para atender essa demanda. (BRASIL, 2003b).

A estratégia do apoio matricial, adotada para promover o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, oferece suporte técnico especializado às Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio do desenvolvimento de equipes multiprofissionais. Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, e sua inclusão na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os municípios brasileiros passaram a contar com profissionais de saúde mental para apoiar as ESF na promoção do cuidado integral.

No âmbito normativo, diversas leis e portarias foram instituídas para regulamentar a organização, funcionamento e financiamento dos serviços de saúde mental. Destaca-se a Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, fortalecendo estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Ao longo dos anos seguintes, outros decretos e portarias foram estabelecidos, como a Lei nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, a Portaria GM/MS Nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e a Portaria GM/MS Nº 1.876/2006, que estabeleceu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Portaria Nº 3088/2011 merece destaque, pois instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas no SUS.

Tabela 3 - Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde, • Núcleo de Apoio a Saúde da Família, • Consultório na Rua, • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Ao longo do processo de consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), houve um aumento significativo no debate em torno do cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Esse tema ganhou destaque especialmente devido ao avanço da desinstitucionalização e à redução progressiva dos leitos psiquiátricos. A abordagem brasileira de redução de danos foi fundamental nesse contexto, oferecendo uma alternativa ao modelo de guerra às drogas baseado na abstinência e na repressão.

Em 2004, a implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas foi um marco importante, promovendo um modelo de cuidado que priorizam estratégias extrahospitalares, como os CAPS-ad, e enfatizando a busca ativa das necessidades dos usuários e a promoção da redução de danos. (BRASIL, 2004b).

A partir de 2011, o conceito de redução de danos foi integrado à Atenção Primária, incentivado pela nova edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Isso foi acompanhado por iniciativas como o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), visando expandir e qualificar a atenção básica em saúde.

Nesse cenário, surgiram as Equipes de Consultório na Rua (eCR), pela Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011, composta por uma equipe multiprofissional itinerante que oferecem atendimento integral à saúde da população em situação de rua, incluindo cuidados relacionados ao uso de substâncias psicoativas, com foco na redução de danos. Essa iniciativa foi crucial para ampliar o acesso aos serviços de saúde mental, especialmente em municípios que não preenchiam os requisitos para a implementação de CAPS (BRASIL, 2011).

4.8 Desafios e Perspectivas das Políticas de Recursos Humanos em Saúde Mental no Brasil: As Conferências

No período pós-reforma é importante analisar as políticas de Recursos Humanos na Saúde Mental no Brasil, considerando sua evolução histórica, os desafios enfrentados e as perspectivas para o futuro. A análise se baseia em documentos oficiais, como as Conferências Nacionais de Saúde e as políticas nacionais de saúde mental e educação permanente em saúde.

Ao abordar as políticas de recursos humanos na saúde mental no Brasil, é essencial considerar o complexo processo de regulação das profissões de saúde, estabelecido de forma complexa e fragmentada a partir da década de 1950. Esse processo, fundamentado na Constituição Federal de 1988 e em diversas normas jurídicas, inclui leis, decretos, portarias e resoluções dos conselhos profissionais, o que traz desafios para a implementação eficaz do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução n. 287/1998, reconheceu 14 categorias profissionais de nível superior relacionadas à saúde, incluindo assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas

ocupacionais. Essas profissões foram regulamentadas por uma extensa legislação (AITH, 2018).

No entanto, a equipe necessária para lidar com a saúde mental é diversificada e interdisciplinar, incluindo médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e uma variedade de outras profissões. Essa diversidade reflete a complexidade do campo da saúde mental, que transcende as fronteiras da saúde para uma dimensão intersetorial (Dal Poz, 2012).

É importante também considerar o papel que as profissões não regulamentadas desempenham no mercado de trabalho e nas mudanças das políticas de recursos humanos, uma vez que essas profissões surgem conforme as necessidades do serviço e da população, em meio a mudanças nos modelos de atenção à saúde.

Com a implementação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), surgem desafios significativos, especialmente no que diz respeito à formação de profissionais de acordo com as necessidades sociais e a relevância pública em formação. Nesse contexto, observa-se o surgimento de um grande contingente de profissões não regulamentadas que vão se inserindo nos serviços, de acordo com a demanda do serviço, da criação de novos marcos regulatórios e da população. A criação dos novos serviços substitutivos nos diferentes níveis de atenção à saúde mental reflete uma mudança de paradigma, distante do modelo biomédico centrado na doença para um enfoque mais amplo relacionado com a estrutura social, organização política e cultural.

Essas transformações no processo de regulação suscitam amplo debate e forte resistência dos diferentes atores envolvidos, como o Ministério do Trabalho, o Ministério da Educação, o Congresso Nacional, o Ministério da Saúde e os Conselhos de Profissionais. Durante o período pós-reforma na atenção à saúde mental no Brasil, ocorreram transformações significativas nas políticas de recursos humanos, impulsionando a criação de novas profissões e redefinindo os serviços de saúde mental.

As principais mudanças na política de recursos humanos na saúde mental foram à expansão da oferta de cursos de graduação e pós-graduação, a criação de programas de qualificação profissional para os já atuantes na área e programas de valorização dos profissionais. O Ministério da Saúde tem dedicado esforços para formar e qualificar profissionais visando assegurar a qualidade do atendimento em saúde mental. No entanto, persistem desafios, incluindo a inadequação da formação para atender ao novo modelo de atenção à saúde mental e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em obter reconhecimento e valorização social.

A implantação da RAPS reflete uma estratégia importante para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Contudo, a resistência da sociedade brasileira à convivência com pessoas mentalmente doentes, aliada à falta de capacitação efetiva dos profissionais, apresenta desafios à implementação plena do modelo psicossocial. Um dos entraves para a consolidação da reforma psiquiátrica é a necessidade de formação técnica e teórica dos trabalhadores Dal Poz (2012), Amarante (1995).

A análise dos relatórios da Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e da Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde (CNRHS) destacamos cronologicamente os principais marcos referentes as políticas de gestão do trabalho e formação dos trabalhadores de saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental enfrenta o desafio da formação de profissionais aptos ao trabalho intersetorial e interdisciplinar, superando o paradigma tutelar e combatendo estigmas e preconceitos.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) destacou a importância de investir nos eixos estruturantes que orientam as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. Isso envolveu questões relativas à força de trabalho, qualificação e formação dos profissionais de saúde, demandando a integração ensino-serviço, em conformidade com os princípios da regionalização e hierarquização do Sistema de Saúde. No mesmo ano, foi convocada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, abordando temas como valorização profissional e preparação de recursos humanos,

órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação destes com os usuários dos serviços.

Em 1987, seguindo a proposta da 8ª CNS, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, apontando a necessidade de estabelecer uma política de interiorização de recursos humanos e reconhecendo a importância das universidades na formação e educação permanente e da necessidade de mudanças nos currículos dos cursos de saúde para atender às necessidades da rede pública assistencial em saúde mental. (Brasília, 1988).

Na década de 1990, apesar da realização das 9ª e 10ª CNS e da 2ª CNRHS, o debate sobre política de Recursos Humanos na Saúde não avançou significativamente após a criação do SUS.

Na II CNSM (1992) que ocorre após a implantação do SUS, os temas centrais foram a Rede de Atenção em Saúde Mental, a Transformação e Cumprimento de Leis, e o Direito à Atenção e à Cidadania. No relatório destacam-se pontos como a necessidade de desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, a valorização da equipe de saúde como multiprofissional e inclusiva de outros campos de saberes, como artística, cultural e educacional. Sobre a formação há uma ênfase sobre a importância de práticas de ensino, pesquisa e extensão que estimulem novas atitudes dos profissionais em relação à saúde mental e a necessidade de organização do trabalho que promova a atualização, intercâmbio, pesquisa e supervisão de equipe.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, o relatório final dedicou um capítulo exclusivo aos recursos humanos, destacando a necessidade de uma política integrada nos níveis municipal, estadual e federal. Essa política deve priorizar a valorização do trabalhador de saúde mental, assegurando capacitação contínua, remuneração justa, planos de carreira e democratização das relações de gestão. O relatório ressalta a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, reconhecendo a relevância da experiência de familiares e usuários no cuidado. Enfatiza-se a necessidade de formação em saúde mental em todos os níveis, desde a rede

básica de saúde até os currículos universitários. Além disso, destaca-se a importância de desenvolver estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores da saúde, implementar programas para funcionários com sofrimento psíquico e/ou dependência de álcool e drogas, e regular o pagamento do adicional de insalubridade para profissionais da saúde, conforme a legislação vigente.

Em 2010, ocorreu a quarta Conferência Nacional de Saúde Mental, onde as políticas de recursos humanos receberam destaque, evidenciando a importância de uma gestão eficaz do trabalho em saúde mental. Um dos principais aspectos discutidos foi a necessidade de incluir outras categorias profissionais na rede de cuidados em saúde mental, reconhecendo a relevância de profissionais como farmacêuticos, dentistas, protéticos, além dos profissionais da rede de urgência e emergência. Isso reflete uma compreensão mais abrangente e integrada da equipe necessária para fornecer um cuidado abrangente e multidisciplinar aos usuários dos serviços de saúde mental.

Além disso, a conferência enfatizou a importância da valorização e capacitação contínua dos profissionais de saúde mental, destacando a necessidade de planos de carreira, salários justos e condições de trabalho adequadas. Foi ressaltada a importância de promover um ambiente de trabalho saudável, que estimule a colaboração, a troca de experiências e o desenvolvimento profissional, contribuindo para a qualidade do atendimento prestado.

Outro aspecto abordado foi a necessidade de estabelecer protocolos e fluxos de acesso, visando garantir uma assistência mais eficiente e humanizada. Isso implica no estabelecimento de diretrizes claras para encaminhamentos, avaliação de casos, atendimento de urgência, entre outros aspectos, com o objetivo de assegurar o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde mental em todo o país.

A quarta conferência enfatizou a importância da gestão adequada dos recursos humanos em saúde mental para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial. Essas políticas são fundamentais para garantir um cuidado integral e de qualidade, promovendo o bem-estar e a cidadania das pessoas

com transtornos mentais, além de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Após uma análise abrangente dos relatórios das conferências, fica evidente que há uma convergência significativa em relação às propostas para aprimorar a gestão de recursos humanos em saúde mental. As conferências destacaram a importância da expansão da oferta de cursos de graduação e pós-graduação, bem como a necessidade de reorganizar a formação profissional e qualificação dos trabalhadores já inseridos no SUS. Além disso, foi ressaltada a valorização dos profissionais de saúde, por meio de melhorias nas condições de trabalho, salários e jornadas.

No entanto, é notável que as conferências específicas de saúde mental ainda não apresentaram propostas consistentes para todos os desafios da implementação de políticas de recursos humanos nessa área. Ainda assim, essas conferências têm contribuído para a conscientização sobre a importância da formação de profissionais aptos ao trabalho intersetorial e interdisciplinar, superando estigmas e preconceitos.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) enfrenta o desafio de garantir a formação de profissionais alinhados com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Apesar dos avanços, como a inserção de trinta mil novos profissionais nos sistemas municipais de saúde mental nos primeiros dez anos da promulgação da reforma, ainda há muito a ser feito. Estratégias de supervisão e educação permanente são cruciais para garantir que os profissionais estejam preparados para atuar de maneira eficaz nesse contexto.

Portanto, é fundamental que as discussões e propostas apresentadas nas conferências continuem a contribuir para o aprimoramento das políticas de recursos humanos em saúde mental, visando garantir um cuidado integral e de qualidade, promovendo o bem-estar e a cidadania das pessoas com transtornos mentais e contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

4.9 Estratégias e Marcos na Formação em Saúde Mental: Rumo à Integralidade no Cuidado

A trajetória das políticas de recursos humanos em saúde mental no Brasil foi marcada por importantes marcos e estratégias de formação profissional. Dentre os marcos importantes está a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS):

Em 2002, ocorreu a primeira ação de educação permanente em saúde mental através do Programa Permanente de Formação em Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esse programa incentivou, apoiou e financiou a implantação de Núcleos de Formação em Saúde Mental para a Reforma Psiquiátrica por meio de convênios com instituições formadoras, realizadas nos Estados, com o apoio da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) e orientação geral da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES).

Em 2003, a SGTES assumiu um papel fundamental na formulação de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. A PNEPS, implementada em 2007, por meio da portaria GM/MS nº 1.996, trouxe uma abordagem inovadora ao utilizar o próprio trabalho como ferramenta de aprendizagem, priorizando os problemas cotidianos relacionados à atenção à saúde e à organização do trabalho.

Destaca-se a importância das seguintes normativas: Portaria nº 1.174/2005 que destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências, assim como da Portaria nº 3.088/2011 que cria a RAPS na consolidação no SUS da formação permanente dos profissionais saúde, alinhando também as demandas de qualificação dos profissionais que atuavam nos novos serviços de saúde mental. Nesse contexto, O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vinculado a SGTES responsável

pela formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional (Brasil, 2005) implementou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), alinhando-se à necessidade de integração entre a Atenção Primária e Saúde Mental e de promover a diretriz do cuidado integral e comunitário em saúde mental.

Tabela 4- Relação de Estratégias de formação em Saúde Mental pelo Ministério da Saúde

Ano	Formação	Público Alvo	Principais Objetivos
2002	Programa Permanente de Formação em Saúde Mental	Profissionais de Saúde Mental	Induzir nos Estados a realização de Cursos de especialização, atualização e capacitação em saúde mental
2005	Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Profissionais dos CAPS	Melhorar a qualidade do atendimento nos CAPS através de ações de qualificação e supervisão clínico-institucional.
2007	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)	Profissionais do SUS	Utilizar o próprio trabalho como ferramenta de aprendizagem, priorizando os problemas cotidianos relacionados à atenção à saúde e à organização do trabalho.
2008	Curso de Tópicos Especiais em Policiamento e Ações Comunitárias	Agentes de segurança pública	Sensibilizar os agentes de segurança pública quanto às possibilidades de cuidado para população em situação de saúde mental.
2009	Programa de Educação Pelo Trabalho (PET Saúde)	Estudantes de graduação da área da saúde	Integrar universidade e serviços públicos para formação dos estudantes na área da saúde.
2010	Programa de apoio ao Internato Médico em Universidades Federais	Estudantes de Medicina	Apoiar a adequada supervisão de alunos de Medicina de IFES de instituições públicas e privadas

Ano	Formação	Público Alvo	Principais Objetivos
	(Pró-Internato)		
2011	Estratégias de educação permanente na RAPS	Trabalhadores da RAPS	Promover qualificação e formação profissional alinhadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica.
2011	Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes	Profissionais de saúde	Utilizar tecnologias para oferecer serviços de teleconsultoria e apoio ao diagnóstico.
2011	Escolas de Redutores de Danos do SUS	Profissionais dos serviços e comunidade	Capacitar profissionais para lidar com usuários de substâncias psicoativas, promovendo ações de promoção, prevenção e cuidados primários.
2011	Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais	Profissionais da saúde mental	Qualificar supervisores e promover debate e avaliação contínua da supervisão clínico-institucional.
2012	Curso "Caminhos do Cuidado"	Agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem	Qualificar o atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental, promovendo o trabalho conjunto entre atenção primária e saúde mental.
2012	Curso de Apoio Matricial, com ênfase nos NASF	Equipes NASF e demais equipes da Atenção Básica, como Saúde da Família, equipes ribeirinhas e fluviais,	Formar “educandos-multiplicadores” para a realização do trabalho nos Nasf, incorporando e ampliando o apoio matricial na atenção básica. Apoiar e ofertar ferramentas para a implantação e implementação dos Nasf em

Ano	Formação	Público Alvo	Principais Objetivos
		academia da saúde.	consonância com as estratégias e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.
2012	Curso de cuidado à população em situação de rua, com ênfase nos Consultórios na Rua	Profissionais que atuam nas Equipes de Consultório na Rua e do SUAS.	Qualificar equipes multiprofissionais, em especial os profissionais que atuam nas eCR e contribuir para a articulação em rede entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas), visando ampliar e qualificar o acesso de pessoas em situação de rua.
2014	Projeto de Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial	Profissionais da RAPS, usuários, familiares, gestores	Fortalecer práticas do cuidado em saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, promovendo a aprendizagem colaborativa e significativa.
2014	Curso de Atualização em: Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão Saúde Mental Infantojuvenil, Atenção à Crise em Saúde Mental	Profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Qualificar profissionais de saúde para as diferentes demandas da Saúde mental, alinhadas com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental.
2020	Curso de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: Reconstrução Pós-Desastres e	Profissionais da RAPS	Proporcionar subsídios para o entendimento global do cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial em situações de pandemia da COVID-19

Ano	Formação	Público Alvo	Principais Objetivos
	Emergências em Saúde Pública		

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Em 2009, foi implantado o Curso de Tópicos Especiais em Policiamento e Ações Comunitárias, voltado para a formação em saúde mental direcionada à população usuária de álcool e outras drogas. Em 2010, foi criada a Escola de Redutores de Danos, destinada à capacitação teórica e prática de profissionais e membros da comunidade, com foco nessa mesma população.

No mesmo ano, em 2010, foram implementados os programas de Residência Multiprofissional e a primeira Residência Médica em Psiquiatria na cidade de Sobral, no Ceará, através do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residência) /DEGES/MS. Esse programa teve a residência em Psiquiatria como prioridade, devido à escassez dessa especialidade em território nacional.

Também em 2010, foi desenvolvido o Programa de Apoio ao Internato Médico em Universidades Federais (Pró-Internato) para adequada supervisão de alunos de Medicina de IFES, tanto públicas quanto privadas sem fins lucrativos, por docentes e profissionais dos serviços de saúde, no processo de educação pelo trabalho (Portaria Conjunta nº 4, de 3 de março de 2010).

Destaca-se no mesmo ano, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), que integra a política de educação superior do MS, disponibilizou bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde, visando qualificar a Rede de Atenção em Saúde Mental/Álcool e outras Drogas, promovendo a integração com as instituições de Ensino Superior.

Em 2011, foi consolidado as ações de fortalecimento da supervisão como espaço educação permanente, através da criação das Escolas de Supervisores Clínico-institucionais, que tinham como objetivo qualificar os supervisores dos CAPS localizados em cidades do interior, visando melhorar a qualidade da atenção em saúde mental e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, utiliza tecnologias de informação e comunicação para fornecer serviços de Teleconsultoria e Apoio ao Diagnóstico, contribuindo para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011).

As estratégias de formação para os profissionais da Enfermagem desenvolvidas pela MS, através do Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) apresentada da seu currículos temas do campo da saúde mental, porém não refletindo a realidade vivida pelos trabalhadores em saúde mental, principalmente em contexto brasileiros em que a rede de saúde mental não havia sido implementada.

Em 2012, no eixo do Cuidado do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas - “Crack, é Possível Vencer”, o Curso Caminhos do Cuidado foi uma estratégia do Ministério de Saúde para compartilhar o conhecimento sobre o cuidado às drogas na atenção primária, com foco na redução de danos. O curso capacitou 297.760 Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares e Técnico de Enfermagem da Atenção Primária em todo o território nacional, o que em muitas regiões, estava sendo apresentado pela primeira vez a essa temática, constituindo-se como uma estratégia importante para desconstrução de preconceitos e modelos em relação à droga e ao usuário.

Nesse contexto do Plano Crack, ainda em 2012, foram oferecidos o Curso de Apoio Matricial, com ênfase nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e o Curso de cuidado à população em situação de rua, com ênfase nos Consultórios na Rua, como estratégias implementadas pelo Ministério da Saúde para superar a lógica do cuidado especializado em saúde mental, ampliando a autonomia na produção do cuidado junto à população.

Em 2014, o Projeto de Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial propôs intercâmbios, oficinas, planos de educação permanente e componentes de engrenagens da Educação Permanente, visando fortalecer práticas de cuidado na perspectiva da Atenção Psicossocial, destacando a aprendizagem colaborativa e significativa.

Ainda em 2014, através da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS e com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS), pactuou mais de 10.000 vagas de cursos à distância em três temas estratégicos para educação permanente de

profissionais em três temas estratégicos para educação permanente de profissionais de todos os pontos de atenção da RAPS do Brasil:

- a) 7.000 vagas para o curso Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas, para profissionais de nível médio e universitário;
- b) 1.500 vagas para o curso Saúde Mentais Infantojuvenil, para profissionais de nível universitário;
- c) 1.500 vagas para o curso Atenção à Crise em Saúde Mental, para profissionais de nível universitário.

Em 2020, durante a Pandemia da Covid-19, a Escola de Governo Fiocruz Brasília, em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres – CEPEDS (ENSP) lançou o curso "Atualização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19". Esta iniciativa tem como propósito fornecer conhecimentos abrangentes sobre o cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial durante situações de pandemia da COVID-19. Além disso, busca oferecer ferramentas para entender e desenvolver estratégias de planejamento, preparação e resposta destinadas à população em geral, paciente infectados, familiar e profissional da linha de frente.

Nos relatórios produzidos pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) de 2003 a 2022, destacaram: Entre 2003 e 2006, houve incentivo para cursos voltados às equipes de atenção primária, residências multiprofissionais e especializações. No período de 2007 a 2010, apesar do aumento da rede de saúde mental, as estratégias para a formação dos profissionais não atenderam à demanda. Buscou-se, através da Universidade Aberta do SUS, programas de residência e cursos à distância, ampliar a oferta de cursos. Com a criação da SGTES e a coordenação das ações de educação permanente pelo DEGES, houve o desafio de integração entre os diferentes setores do MS na construção de projetos de formação dos profissionais que dialogassem com os pressupostos da reforma psiquiátrica e a política de educação permanente. Os cursos realizados no período de 2010 a

2015 avançaram nesse processo de integração entre os diferentes setores e políticas do Ministério da Saúde e das entidades formadoras.

Conforme o relatório de gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2015 a oferta de cursos e capacitações em saúde mental foram de 237.175 cursos, beneficiando mais de 1,2 milhão de profissionais. (Saúde Mental em Dados, 2015)

No período compreendido entre 2016 e 2022, observa-se uma lacuna significativa no desenvolvimento de propostas inovadoras de formação pela esfera governamental da saúde mental. Este lapso se deu, em parte, devido às mudanças políticas que resultaram no esvaziamento da agenda relacionada à saúde mental, dando preferência a iniciativas de formação à distância promovidas por entidades do setor privado. Em muitos casos, tais iniciativas foram contrárias aos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica. Notavelmente, nos relatórios de gestão referentes ao período de 2017 a 2022, não há menção de estratégias formativas.

Scafuto (2017) ao analisar esse período, aponta a fragilidade das formações em saúde mental frequentemente realizada num modelo tradicional e com abordagens superficiais sobre desafios clínicos, das mudanças de modelos proposto pela reforma psiquiátrica brasileira e das práticas inovadoras em Atenção Psicossocial. Ressalta ainda que a diversidade de experiências profissionais e as lacunas curriculares representam desafios para a formação e educação permanente.

A política de educação permanente em saúde mental no Brasil tem avançado através de estratégias como supervisão, residências, cursos à distância e projetos inovadores, buscando alinhar a formação profissional com os princípios da Reforma Psiquiátrica e impulsionar mudanças significativas nos serviços de saúde. No entanto, ainda há desafios a serem enfrentados. É fundamental que os programas de formação sejam mais específicos para as demandas da saúde mental, levando em conta suas particularidades. Além disso, é necessário promover uma abordagem mais abrangente na capacitação dos profissionais, que vá além dos aspectos técnicos e incorpore a compreensão dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e a promoção da integralidade no cuidado.

A expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) amplia essa discussão, ressaltando a importância de uma formação intersectorial e transdisciplinar, que contemple as diversas dimensões do cuidado em saúde mental. Para fortalecer essa política, é essencial investir na formação dos profissionais, na articulação entre as ações de formação e as necessidades dos serviços de saúde, além de reconhecer a importância da formação específica dos profissionais da saúde mental. Esses esforços conjuntos são essenciais para avançar na melhoria do cuidado em saúde mental e na promoção do bem-estar da população.

Tabela 5 - Relação de Portaria e Legislação do Período Pós Reforma (2002 – 2023)

Ano	Portaria	Assunto
2002	Portaria GM/MS nº 336	Atualiza a Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.
2002	Portaria GM nº 816	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
2002	Portaria GM nº 305	Estabelece normas para cadastramento e funcionamento dos CAPS ad.
2004	Portaria GM nº 52	Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar.
2005	Portaria GM/MS nº 246	Define incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.
2005	Portaria nº 1.174	Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS
2004	Portaria nº 1.996	Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
2010	Portaria MS nº 2841	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas – CAPS AD III.
2007	Portaria MS nº 137,	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o Consultório na Rua, como estratégia de atenção integral às pessoas em situação de rua com sofrimento ou transtorno mental.

Ano	Portaria	Assunto
2010	Portaria MS nº 2843	Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3 – com prioridade para atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
2010	Portaria GM/MS nº 4.279	Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2010	Decreto nº 7.179	institui o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), que estabelece as diretrizes para a atenção à saúde mental no Brasil para o período de 2011 a 2020.
2011	Portaria MS nº 3.088	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece diretrizes para sua organização e funcionamento.
2017	Portaria MS nº 2.436	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) as Equipes Multiprofissionais de Saúde (eMentes) para a Atenção às Pessoas com Transtornos Mentais e Comportamento Aditivo.
2023	Portaria GM/MS nº 635	Altera a Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que instituiu as Equipes Multiprofissionais de Saúde (eMulti) para a Atenção às Pessoas com Transtornos Mentais e Comportamento Aditivo.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

5. MERCADO DE TRABALHO, DIMENSIONAMENTO E REGULAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

As últimas décadas presenciaram mudanças significativas no modelo de atenção à saúde mental no Brasil. A Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1970, propôs a desinstitucionalização, a territorialização dos serviços e a construção de uma rede de atenção psicossocial abrangente e multidisciplinar. Essa mudança de paradigma influenciou a formação, o mercado de trabalho, o dimensionamento e a regulação da força de trabalho em saúde mental.

A expansão da rede de serviços de saúde mental, impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, gerou um aumento na demanda por profissionais qualificados que se intensificou com a mudança do modelo de atenção para a atenção primária à saúde, que prioriza a atenção integral e longitudinal aos usuários.

No estudo sobre o mercado de trabalho se faz necessário compreender as novas tendências, ofertas e demandas de serviços e profissionais e abordar a carência de informações sobre a dinâmica do mercado de trabalho público nesse setor.

O cenário atual do mercado de trabalho em saúde mental no Brasil é dinâmico e diversificado. Profissionais atuam em diversos níveis de atenção e serviços, como hospitais gerais, psiquiátricos, unidades de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e outros serviços comunitários. A expansão da demanda por profissionais, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), segue as diretrizes da OMS e reflete as mudanças no modelo de atenção, priorizando a atenção primária.

Essa relevância é acentuada pelas mudanças no modelo assistencial no Brasil, com investimento em abordagens comunitárias e criação da Rede de Atenção Psicossocial. A ampliação do cuidado para transtornos mentais, como suicídio, ansiedade e depressão, álcool e outras drogas que são considerados questões de saúde pública, destaca a importância de políticas eficazes.

A falta de informações sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde mental é uma lacuna que impacta a compreensão das demandas e necessidades desse setor. A pesquisa de Dal Poz e Lima (2012) destaca desafios como a inadequação de profissionais graduados, a necessidade de formação adaptada às demandas e a complexidade da Rede de Atenção Psicossocial e do cuidado em saúde mental que necessita que o profissional reconheça a multiplicidade dos determinantes da saúde mental e a natureza intersetorial desse campo de atuação; e capacitar, treinar e supervisionar os profissionais que já estão inseridos no sistema de saúde.

Machado e Dal Poz (2015) enfatizam os desafios dos gestores de saúde devido à escassez de recursos e criticam modelos tradicionais de planejamento de recursos humanos, defendendo abordagens mais flexíveis e adaptadas às diversidades locais.

Os autores também ressaltam a complexidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a disparidade entre o produto oferecido pelo sistema de formação em saúde e o que é demandado pela atenção à saúde. Isso dificulta a consolidação das políticas de saúde mental, tornando necessária uma análise abrangente dos recursos humanos nessa área.

Gil (2005) contribui para a área de recursos humanos no SUS ao abordar questões relacionadas à formação médica, que também dialogam com o campo da saúde mental. Ele destaca a tendência à superespecialização dos profissionais, a distribuição geográfica, o distanciamento entre as políticas de formação e a política de saúde, a produção de inovações nas instituições de ensino e a reorganização de serviços, como a expansão da saúde da família.

Em 2006, a Portaria GM/MS nº 1.097/2006 representou um marco na organização da rede de serviços de saúde do SUS ao instituir a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI). A PPI visava quantificar as ações de saúde por meio de critérios e parâmetros, levando em conta a territorialização e buscando a transparência na gestão dos recursos.

Embora a portaria considerasse a produtividade como um parâmetro para estimar os recursos humanos necessários, a estimativa do quantitativo de

peçoal não foi definida de forma específica. O foco principal estava na parametrização das necessidades dos serviços assistenciais do SUS.

Machado e Dal Poz (2015) destacam os desafios que os gestores de saúde enfrentam devido à escassez de recursos para atender à demanda por serviços. Eles criticam os modelos tradicionais de planejamento e gestão de recursos humanos, que se baseiam unicamente na proporção de serviços/profissionais por população.

Segundo os autores, esses modelos são insuficientes para adequar as necessidades de pessoal às diferenças epidemiológicas, sociais e às demandas específicas dos serviços de saúde. A abordagem simplista de proporcionalidade ignora as diversidades e complexidades dos territórios de saúde, que podem variar significativamente em termos de volume de trabalho, vulnerabilidade social, perfil da população e dificuldades de acesso.

Portanto, a crítica de Machado e Dal Poz ressalta a importância de ir além da simples proporção, ecoando a necessidade de considerar variáveis mais complexas na gestão de recursos humanos em saúde, aspecto que a Portaria nº 1.097/2006 não abordou diretamente.

O dimensionamento de recursos humanos da Rede de Atenção Psicossocial se torna um desafio ainda maior no Brasil no contexto do SUS, devido às mudanças complexas que ocorreram após a Reforma Psiquiátrica em 2001 e a criação dos serviços substitutivos que oferece uma variedade de opções para atender às diversas necessidades da população. Cada serviço possui características e critérios de dimensionamento específicos, o que exige um olhar atento para garantir o acesso adequado e a qualidade do atendimento.

O modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e consequentemente da RAPS com a inclusão de novos atores e diversos contextos locais, gera um processo de gestão pulverizada e cenário local heterogêneo. A principal dificuldade reside em compreender como essas mudanças impactam diversos aspectos, tais como a capacidade das secretarias municipais em criar serviços, estruturas e fluxos de trabalho que

precisam ser implementados para administrar a descentralização e a autonomia dos municípios.

O dimensionamento adequado de profissionais é essencial para garantir um acesso universal à saúde com qualidade. No entanto, a descentralização e regionalização podem criar obstáculos de acesso, exigindo medidas para assegurar equidade, especialmente para grupos populacionais vulneráveis.

Conforme a Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2004, para a elaboração do Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial, é essencial realizar uma análise abrangente da situação de saúde das pessoas que enfrentam sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas.

Os critérios para aprovação incluem a coleta e análise de dados primários, contemplando:

5.1.Dados Demográficos e Epidemiológicos:

Coleta e análise de informações relacionadas à população da região, considerando fatores demográficos e epidemiológicos. Isso proporciona uma compreensão detalhada do perfil da comunidade em relação à saúde mental e ao uso de substâncias.

5.1.1 Dimensionamento da Demanda e Oferta Assistencial:

Avaliação detalhada da demanda por serviços de saúde mental, levando em conta o número de pessoas que necessitam de atendimento. Paralelamente, é realizado o dimensionamento da oferta assistencial, analisando a capacidade disponível para atender a essa demanda.

Através dessa análise, busca-se obter um diagnóstico completo da situação de saúde da população-alvo. Essa compreensão aprofundada subsidia a identificação das necessidades de atenção psicossocial, fornecendo informações essenciais para o planejamento e a subsequente implementação efetiva da Rede de Atenção Psicossocial.

Tabela 6 - Tabela da RAPS com Dimensionamento dos serviços e profissionais

SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NIVEL DE ATENÇÃO
Equipe Consultório na Rua (eCR)	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves e persistentes - Sem vínculo com serviços de saúde mental - Dificuldade de acesso aos serviços tradicionais 	<p>100.000 a 300.000 habitantes - Censos populacionais relacionados à população em situação de rua.</p> <p>Superior a 300.000 habitantes - Dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social de 2008 e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua de 2011, realizadas por órgãos reconhecidos.</p> <p>Inferior a 100.000 habitantes - Comprovação da existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais desta Portaria. nº 123, de 25 de Janeiro de 2012.</p>	<p>Equipe multiprofissional composta por:</p> <p>médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, educador social, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal.</p>	Atenção Primária

SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NÍVEL DE ATENÇÃO
Equipe Multiprofissional (eMulti)	eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS. População em geral com necessidades de atenção em saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> – eMulti ampliada (300 horas semanais e 10 a 12 equipes de saúde da família vinculadas); – eMulti Complementar (200 horas semanais e 5 a 9 equipes de saúde da família vinculadas); – eMulti Estratégica (100 horas semanais e 1 a 4 equipes de saúde da família vinculadas); 	Arte educador, Assistente social, Farmacêutico clínico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Acupunturista, Médico Cardiologista, Médico Dermatologista, Médico Endocrinologista, Médico Geriatra, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Hansenologista, Médico Homeopata, Médico Infectologista, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Médico Veterinário, Nutricionista, Profissional de Educação Física na Saúde, Psicólogo, Sanitarista, Terapeuta Ocupacional.	Atenção Primária

SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NIVEL DE ATENÇÃO
CAPS	Transtornos Mentais Graves e Persistentes	- Mod I - População acima de 15.000 habitantes. Oferece atendimento a todas as faixas etárias em intenso sofrimento psíquico. - Mod II - População acima de 70.000 habitantes. Oferece atendimento a todas as faixas etárias em intenso sofrimento psíquico. - Mod III - População acima de 150.000 habitantes. Funcionamento 24 horas, inclusive feriados e finais de semana. Retaguarda clínica e acolhimento noturno.	- Equipe multiprofissional composta por: médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, acompanhante territorial, terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicopedagogo, entre outros.	Atenção Psicossocial Especializada

SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NIVEL DE ATENÇÃO
- Unidade de Acolhimento (UA) Adulto e Infantojuvenil	Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - unidade de acolhimento adulto e infantojuvenil (UAA/UAI)	- Municípios ou regiões com população igualou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes (UAA) - Municípios ou região com população igualou superior a 100.000 (cem mil) habitantes; (UAI) e/ou 1 (uma) Unidade de Acolhimento em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.	equipe composta por: assistente social; educador físico; enfermeiro; psicólogo; terapeuta ocupacional e médico clínico, profissional de educação física, pedagogo.	Atenção Residencial de Caráter Transitório
SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NIVEL DE ATENÇÃO
CAPS i	Crianças e Adolescentes	- População acima de 70.000 habitantes. - Atende crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves.	- Equipe multiprofissional composta por: médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, acompanhante territorial, terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicopedagogo, entre outros.	Atenção Psicossocial Especializada

CAPS ad	Dependência de Substâncias Psicoativas	<p>- Mod II - População superior a 70.000 habitantes. Serviço especializado no atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias.</p> <p>- Mod III - População acima de 150.000 habitantes. Funcionamento 24 horas, oferece retaguarda clínica e acolhimento noturno. - Atende todas as faixas etárias.</p>	<p>- Equipe multiprofissional composta por: médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, acompanhante territorial, terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicopedagogo, entre outros.</p>	Atenção Psicossocial Especializada
----------------	--	---	---	------------------------------------

SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NÍVEL DE ATENÇÃO
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Pessoas em crise psiquiátrica Necessidade de atendimento imediato Risco de morte ou de violência	<p>- 50.000 a 100.000 habitantes - até 150pacientes- médicos - 7 leitos</p> <p>- 100.001 a 200.000 habitantes - até 300pacientes - 4 médicos -11 leitos</p> <p>- 200.001 a 300.000 habitantes - até 450pacientes - 6 médicos -15 leitos</p>	Equipe composta por: médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, entre outros.	Urgência e Emergência

SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NÍVEL DE ATENÇÃO
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	Pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.	A depender do nº de municípios longamente internados Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT.	Equipe composta por: cuidador, técnico de enfermagem e acompanhante terapêutico	Estratégias de Desinstitucionalização

SERVIÇO	PERFIL	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO	EQUIPE	NÍVEL DE ATENÇÃO
Leito de Psiquiatria em Hospital Geral	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, Internação para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica realizada exclusivamente em hospital geral.	1 leito para cada 23 mil habitantes	- Até 4 Leitos - 1 técnico ou auxiliar de enfermagem por turno. - 1 profissional de saúde mental de nível superior. - 1 médico clínico responsável pelos leitos. - 5 a 10 Leitos - 2 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno - 2 profissionais de saúde mental de nível superior. - 1 médico clínico responsável pelos leitos. - 11 a 20 Leitos - 4 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno. - 1 enfermeiro por turno. - 2 profissionais de saúde mental de nível superior. - 1 médico, preferencialmente	Atenção Hospitalar

psiquiatra, responsável pelos leitos.
- 21 a 30 Leitos - 6 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno. - 1 enfermeiro por turno.
- 3 profissionais de saúde mental de nível superior. - 1 médico clínico e 1 médico psiquiatra, ambos responsáveis pelos leitos.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

5.2 Panorama atual do mercado de trabalho em saúde mental no Brasil

Nos últimos 20 anos, o cenário da saúde pública no Brasil passou por transformações significativas, marcando um período paradigmático a partir da criação e estruturação do SUS. Tais mudanças representaram para gestores, profissionais de saúde e usuários uma abordagem inovadora na concepção, estruturação e entrega de serviços de assistência à saúde, fundamentada nos princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação comunitária, autonomia das pessoas e descentralização. (Machado, 2011)

No contexto da ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destaca-se a expansão dos serviços especializados em saúde mental, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UAs), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e leitos de psiquiatria em hospitais gerais. Simultaneamente, ocorre o fortalecimento da atenção à saúde mental na atenção básica por meio das Equipes de Consultório na Rua (eCR) e das Equipes Multiprofissionais (eMulti). Essas iniciativas produzem mudanças significativas no Mercado de Trabalho em Saúde mental no Brasil como vemos abaixo através dos gráficos que demonstram a expansão da RAPS.

5.3 A expansão Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

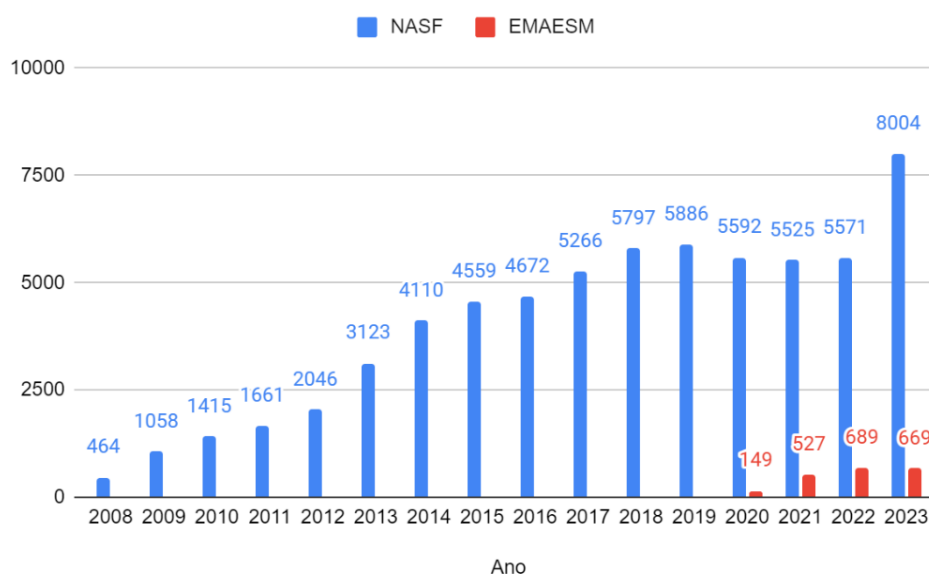
Um dos avanços da Lei n. 10.216, foi promover a articulação da Saúde Mental com a Atenção Primária a Saúde (APS) que se expandiu significativamente, cobrindo todos os 5.570 municípios do Brasil. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) atinge 73% dos municípios com cobertura superior a 90%

A Atenção Primária através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008 atual Equipe Multiprofissional (eMulti) e Equipes de

Consultório na Rua (eCR) criada em 2012 direcionam a assistência em saúde mental para a Atenção Primária à Saúde, promovendo uma abordagem mais integrada e acessível aos cuidados de saúde mental na comunidade e consequentemente uma demanda de força de trabalho em saúde mental para atuar nos dispositivos.

Em dezembro de 2023, havia um total de 8.004 Equipes Multiprofissionais, anteriormente conhecidas como NASF, distribuídas em 4.743 municípios. Na série histórica, também constam as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, criadas em 2020, por meio da Portaria MS/GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, porém revogadas pela Nota Técnica nº 2/2023-CGNEP/DESME/SAES/MS. Em dezembro de 2023, existiam 669 equipes desse tipo.

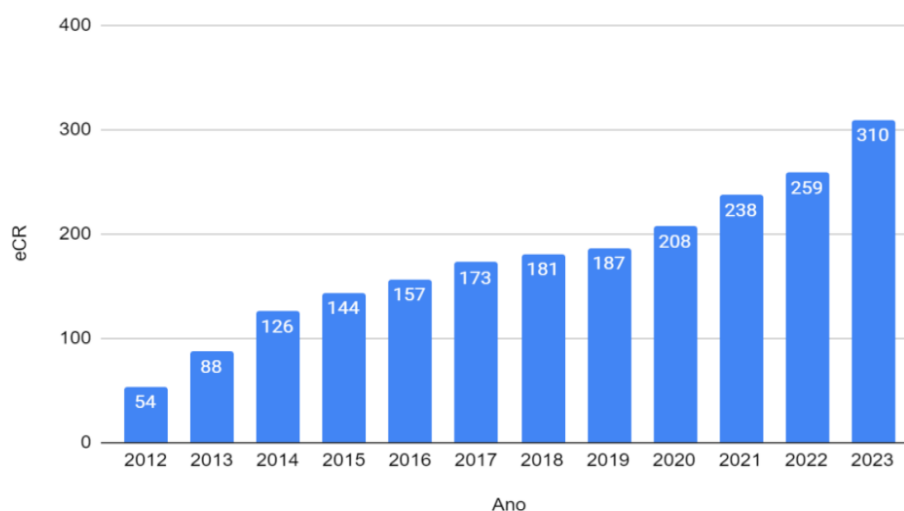
Gráfico 1 - Série histórica das Equipes Multiprofissionais/NASF



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2024.

As Equipes de Consultório na Rua estão inseridas na Atenção Primária e têm como objetivo oferecer atendimento de saúde às populações em situação de rua, articulando o cuidado de saúde mental e a atenção primária na lógica da atenção integral e da Redução de Danos. Em dezembro de 2023, existiam 310 equipes de Consultório na Rua cofinanciadas pela esfera federal, distribuídas em 166 municípios brasileiros.

Gráfico 2 - Série histórica das Equipes de Consultório na Rua

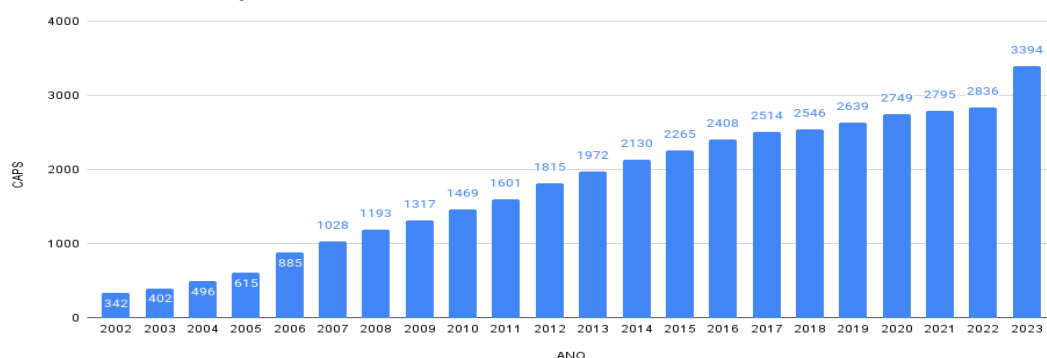


Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),2024.

De acordo com o relatório dos dados da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde, desde 2002 observa-se um aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial nas diferentes modalidades habilitadas, totalizando em 2023 um total de 3.394 CAPS, distribuídos em 2.197 municípios em todos os Estados e no Distrito Federal, para essa modalidade de serviço. O investimento de incentivo de custeio anual foi de R\$ 1.274.270.328,00 (um bilhão duzentos e setenta e quatro milhões duzentos e setenta mil e trezentos e vinte e oito reais), (Brasil/MS/CGMAD, 2022).

Gráfico 3 - Série histórica da Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial

Série Histórica de Expansão dos CAPS no Brasil



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2024.

Conforme o relatório CGMAD/MS (2022), houve uma evolução da distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados pelo Ministério da Saúde até junho de 2022, por Unidade Federativa (UF), tipo de serviço por 100 mil habitantes.

Destacam-se as regiões Nordeste e Sul que apresentam uma cobertura de CAPS/100 mil habitantes maior que a média nacional e apenas dois estados, Mato Grosso e Rondônia, ainda não possuem serviços 24h (CAPS III ou CAPS AD III) habilitados, e três estados, Acre, Roraima e Tocantins, não têm CAPS infanto-juvenis habilitados.

Em 2017, foi normatizado o CAPS AD IV, destinado ao atendimento de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, especialmente do crack, por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Até o momento, foram habilitados três CAPS AD IV (Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Rio Grande do Sul). Tais unidades apresentam plantão médico e equipe multiprofissional completa 24h, atendendo as urgências e emergências dessa população. (Brasil/MS/CGMAD, 2022).

Tabela 7 - Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes

Região	UF	População Estimada (IBGE 2021)	CAPS							Total Geral	Relação de CAPS por 100 mil hab.
			CAPS I	CAPS II	CAPS III	infanto- juvenil	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV		
Centro-Oeste	Distrito Federal	3.094.325	1	3		2	4	3	-	13	0,42
Centro-Oeste	Goiás	7.206.589	50	15	3	3	7	3	-	81	1,12
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.839.188	17	6	3	2	3		1	32	1,13
Centro-Oeste	Mato Grosso	3.567.234	32	3		3	5	-		43	1,21
Centro-Oeste		16.707.336	100	27	6	10	19	6	1	169	1,01
Nordeste	Alagoas	3.365.351	55	7		1	2	1	-	66	1,96
Nordeste	Bahia	14.985.284	192	35	5	11	17	6	-	266	1,78
Nordeste	Ceará	9.240.580	79	30	4	11	23	5	-	152	1,64
Nordeste	Maranhão	7.153.262	55	17	4	3	7	-		86	1,20
Nordeste	Paraíba	4.059.905	71	8	5	12	6	11	-	113	2,78
Nordeste	Pernambuco	9.674.793	78	25	6	13	12	7	-	141	1,46
Nordeste	Piauí	3.289.290	43	11	1	2	7	2	-	66	2,01
Nordeste	Rio Grande do Norte	3.560.903	20	11	1	3	6	4	-	45	1,26
Nordeste	Sergipe	2.338.474	29	5	3	2	2	3	-	44	1,88
Nordeste		57.667.842	622	149	29	58	82	39	-	979	1,70
Norte	Acre	906.876	6	1				1	-	8	0,88
Norte	Amapá	877.613	2			1	1	1	-	5	0,57
Norte	Amazonas	4.269.995	16	4	2	1	1	1	-	25	0,59
Norte	Pará	8.777.124	60	17	5	4	7	1	-	94	1,07
Norte	Rondônia	1.815.278	14	5		1	1	-		21	1,16

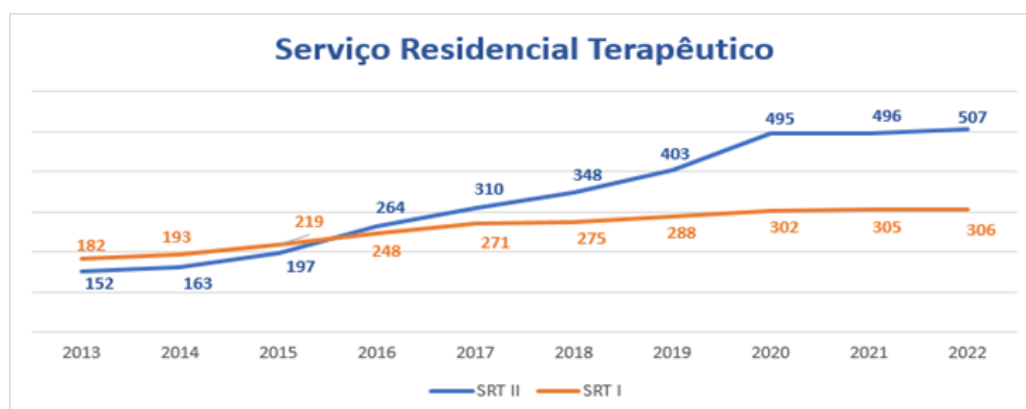
Norte	Roraima	652.713	7	1	1 -	-		1 -		10	1,53
Norte	Tocantins	1.607.363	10	5 -	-		1	4 -		20	1,24
Norte		18.906.962	115	33	8	7	11	9 -		183	0,97
Sudeste	Espírito Santo	4.108.508	13	9	1	4	5	1 -		33	0,80
Sudeste	Minas Gerais	21.411.923	189	64	20	41	40	24	1	379	1,77
Sudeste	Rio de Janeiro	17.463.349	49	52	6	32	23	7 -		169	0,97
Sudeste	São Paulo	46.649.132	123	110	46	79	83	21 -		462	0,99
Sudeste		89.632.912	374	235	73	156	151	53	1	1.043	1,16
Sul	Paraná	11.597.484	71	26	6	14	25	11 -		153	1,32
Sul	Rio Grande do Sul	11.466.630	81	42	2	30	30	15	1	201	1,75
Sul	Santa Catarina	7.338.473	66	15	2	10	13	2 -		108	1,47
Sul		30.402.587	218	83	10	54	68	28	1	462	1,52
BRASIL		213.317.639	1.429	527	126	285	331	135	3	2.836	1,33

Fonte: Brasil/MS/CGMAD, 2022.

Analisando ainda o relatório de dados da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde (2022), destaca-se a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que é uma importante estratégia de desinstitucionalização e modalidade de cuidado em saúde mental, oferecendo moradia e suporte psicossocial para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, visando a reintegração social e o fortalecimento dos laços comunitários. Os SRT são divididos por tipologia, conforme a composição da equipe técnica do serviço, levando em consideração as condições de dependência dos residentes/moradores.

Atualmente, existem 813 (oitocentos e treze) SRT habilitados no país, com um investimento de incentivo de custeio anual de R\$ 130.665.000,00 (cento e trinta milhões, seiscentos e sessenta e cinco mil reais). (Brasil/MS/CGMAD, 2022).

Gráfico 4 - Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos



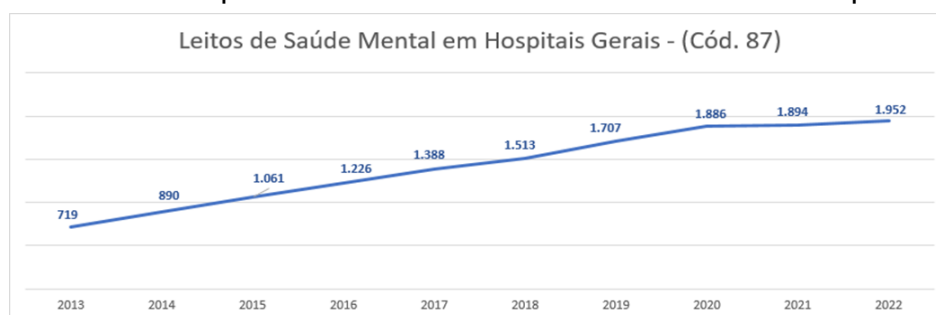
Fonte: Brasil/MS/CGMAD, 2022.

E por último, o relatório de dados da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde (2022), destaca uma mudança significativa no cenário da saúde mental no país. Houve uma redução nos leitos psiquiátricos cadastrados e habilitados no SUS, saindo em 2002 de 51.393 para 12.662 em 106 hospitais especializados em junho de 2022. Essa diminuição dos leitos psiquiátricos reflete uma transição da lógica asilar para uma abordagem de acolhimento em leitos mais territorial e na integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Em contrapartida, observa-se uma ampliação de novas modalidades de cuidado em saúde mental. Atualmente, são ofertados no país 1.952 leitos distribuídos em 22 estados e no Distrito Federal, além de 322 hospitais gerais, com custeio anual de R\$ 131.411.216,64. Além disso, existem 70 unidades de acolhimento habilitadas, sendo 25 voltadas para o acolhimento infanto-juvenil e 45 para o acolhimento de adultos, totalizando um investimento de incentivo de custeio anual de R\$ 22.500.000,00. (Brasil/MS/CGMAD, 2022).

Essas novas modalidades de acolhimento, buscam proporcionar um acompanhamento integral à saúde, desenvolvendo projetos de cuidado de forma singular e integrada à Rede de Atenção Psicossocial. Essa abordagem segue os princípios básicos de legalidade, ética da saúde pública e direitos humanos, representando um avanço na assistência em saúde mental no país.

Gráfico 5 - Expansão dos Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais



Fonte: Brasil/MS/CGMAD, 2022.

5.4 A expansão Força de Trabalho em Saúde Mental

A expansão da Rede de Atenção Psicossocial tem gerado mudanças significativas no mercado de trabalho em saúde mental, enfrentando desafios, como a falta de profissionais qualificados para atender às necessidades da população. Observa-se uma demanda por profissionais de saúde mental que supera a oferta, o que dificulta a contratação e a fixação desses profissionais.

Segundo Machado (2011), a municipalização da rede de saúde é uma das principais características do SUS, que produziu uma mudança significativa no perfil da assistência no país. Em 1992, o setor público estadual detinha a

responsabilidade por 315.328 empregos, enquanto o setor municipal registrava 306.505 empregos. No entanto, a grande virada ocorreu após essa década, com os empregos municipais ultrapassando a marca de um milhão em 2005. (Machado, 2011)

Seguindo a mesma análise proposta por Machado, podemos considerar que a implementação da RAPS a partir de 2001 promoveu um processo de “ambulatorização” dos empregos na área da saúde mental, direcionando a maior demanda para os serviços substitutivos da RAPS do que para empregos nos hospitais psiquiátricos. (Machado, 2011)

Essa mudança reflete não apenas a descentralização da gestão da saúde para os municípios, mas também uma ampliação dos serviços de base territorial, priorizando o atendimento ambulatorial e a promoção da saúde na comunidade. A municipalização da rede de saúde permitiu uma maior proximidade entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para uma assistência mais integral e acessível.

Nesta etapa, será realizada uma análise de um conjunto de bases de dados secundários na área demográfica, de formação e de mercado de trabalho, com foco nas seguintes categorias profissionais de saúde mental: psiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. A escolha por essas categorias profissionais segue o modelo proposto no Atlas da OMS de 2017, que define seis categorias profissionais para a análise do levantamento da força de trabalho em saúde mental: psiquiatras, enfermeiros de saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Destaca-se que essas categorias profissionais também atuam em grande parte da Rede de Atenção Psicossocial em seus diferentes níveis, o que facilita a busca de informações e análise do perfil para o mercado de trabalho de saúde mental (WHS, 2018).

As tabelas, gráficos e outras informações sobre os Recursos Humanos em Saúde Mental (RHSM) foram extraídas de diferentes fontes de dados, integrando-as com diferentes objetivos, incluindo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE, a Relação Anual de Informações

Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Sistema do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS) e os documentos produzidos pelos Conselhos Profissionais de Saúde, Censo profissionais, Demografias, Portaria regulatórias e dados disponíveis nos sites.

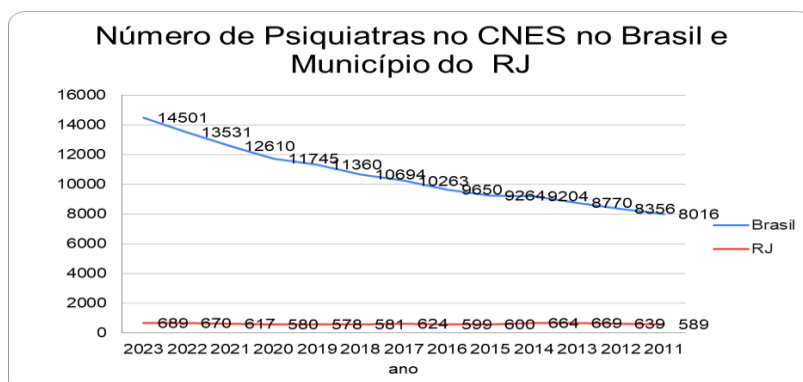
A análise dos documentos dos Conselhos Profissionais é crucial para compreender como cada órgão regulador da profissão tem analisado o mercado de trabalho para sua categoria. Essa análise permite identificar as críticas e desafios apontados, bem como as estratégias regulatórias que buscam implementar em defesa da profissão.

Para entender o mercado de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com a Política Nacional de Saúde Mental, é fundamental considerar como as estratégias regulatórias dos conselhos profissionais contribuem ou dificultam a consolidação dessa política.

5.5 Mercado de Trabalho em Psiquiatria

Na tabela abaixo, podemos observar a expansão do número de psiquiatras cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS) no Brasil e no município do Rio de Janeiro. Verifica-se que, apesar do crescimento do cadastro em nível nacional, no município do Rio de Janeiro, esse crescimento não é proporcional. Esse aspecto é relevante considerando a importância histórica do município para a Psiquiatria no país, sendo referência para os primeiros cursos de especialização na área, além de contar com um número significativo de cursos de medicina públicos e privados, assim como vagas de residência em psiquiatria.

Gráfico 6: Série Histórica do Número de Psiquiatra cadastrada no CNES no Brasil e no Município do Rio de Janeiro



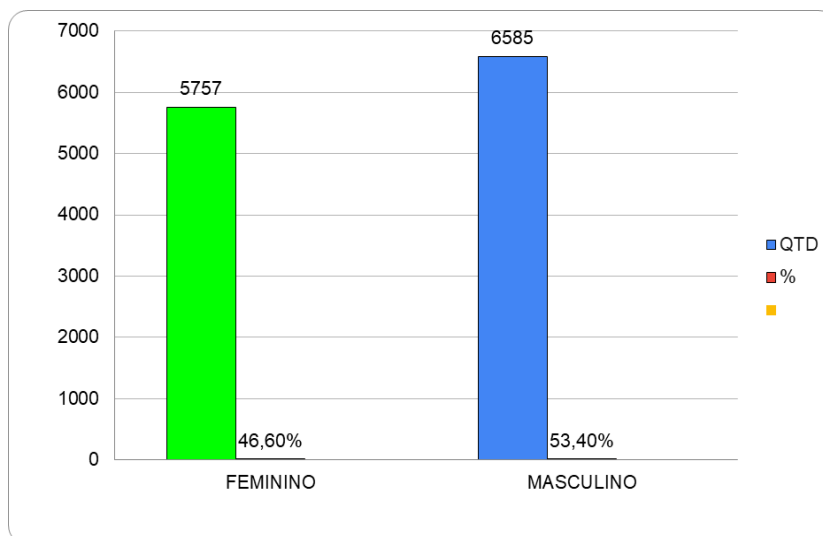
Fonte: Elaboração do autor através do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS), 2024.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em parceria com pesquisadores, iniciou o projeto Demografia Médica em 2010, com o objetivo de analisar a evolução da população médica no Brasil. Foram lançadas cinco publicações com esses dados, que têm sido úteis para pesquisadores, gestores e formuladores de políticas de saúde, sendo um produto importante para a democratização do acesso a dados relevantes sobre a população médica no país, oferecendo uma visão histórica sobre o tema e contribuindo para o planejamento adequado na alocação de recursos humanos na assistência à saúde.

O mais recente estudo da Demografia Médica (2023), apresenta um cenário da especialidade que nos auxilia na nossa análise. A Psiquiatria ocupa a 11ª posição entre as especialidades médicas, representando 2,8% do total de especialistas em medicina. Com uma média de 6,51 especialistas por 100.000 habitantes.

Entre os anos de 2012 e 2022, houve um aumento significativo no número de especialistas em Psiquiatria, passando de 7.558 para 13.888, indicando uma taxa de crescimento de 83,8%. Em relação ao gênero, a maioria dos profissionais é do sexo masculino, representando 53,4% do total, enquanto 46,6% são do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 20,7% dos médicos têm 35 anos ou menos, e 34,4% têm 55 anos ou mais. (SCHEFFER, 2023)

Gráfico 7 - Distribuição de Psiquiatra no Brasil por Gênero

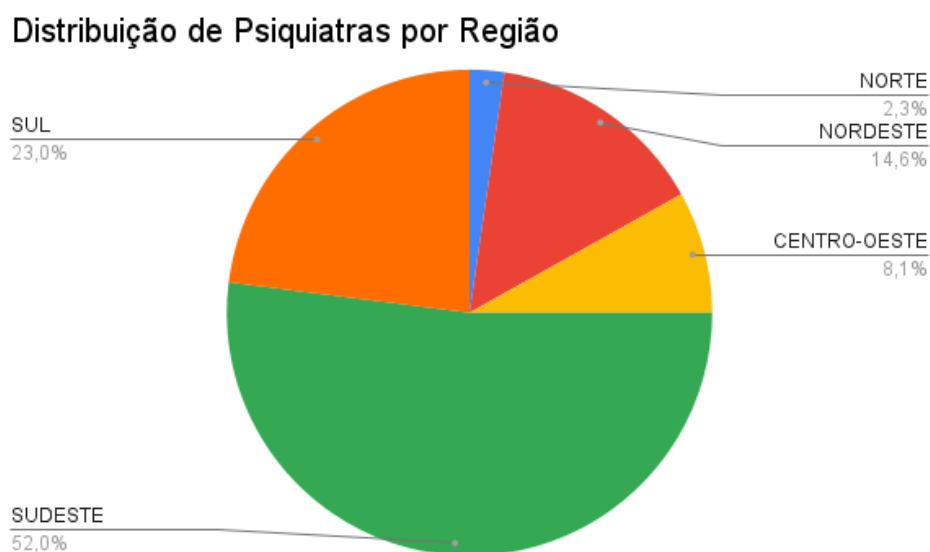


Fonte: Demografia Médica, 2023

A tabela abaixo revela uma disparidade significativa na distribuição de profissionais de psiquiatria no Brasil. As regiões Sul e Sudeste concentram 75% da força de trabalho, enquanto as demais regiões amargam uma carência de especialistas. Essa concentração impede o acesso universal à saúde mental e exige medidas urgentes para a interiorização da psiquiatria no território nacional.

A interiorização da psiquiatria no Brasil é um desafio crucial para garantir o acesso universal à saúde mental. Através da implementação de medidas que incentivem a migração de profissionais, expandam a formação em psiquiatria e valorizem a especialidade, poderemos construir um sistema de saúde mental mais justo e equitativo para todos os brasileiros.

Gráfico 8 - Distribuição de Psiquiatra por Região



Fonte: Demografia Médica, 2023

No campo da formação, a Demografia Médica (2023), apresenta um panorama que merece atenção da Residência em Psiquiatria. Em 2021, havia 1.592 médicos cursando a Residência em Psiquiatria, o que representava 3,8% das vagas totais de Residência Médica. No estudo destaca que, ao longo dos anos, houve uma expressiva diminuição no número de médicos ingressando nos diferentes programas de residência, passando de 19.542 em 2018 para 16.648 em 2021. Especificamente na Psiquiatria, o número de médicos que iniciaram a residência diminuiu de 681 em 2018 para 533 em 2021. (SCHEFFER, 2023)

Outra questão preocupante é a alta taxa de vagas não ocupadas. Em 2018, das 23.179 vagas autorizadas, 15,7% não foram preenchidas. Essa taxa praticamente dobrou em 2020 e 2021, chegando a 28,1% e 31,8%, respectivamente. Segundos os pesquisadores, as causas para essa ociosidade são diversas e incluem desde questões administrativas até falta de financiamento de bolsas e desistências por parte dos médicos. A pandemia de COVID-19 também pode ter contribuído para a diminuição da ocupação de vagas de Residência Médica nos anos de 2020 e 2021.

Apesar de grande parte dos campos de prática pelos médicos residentes seja nos serviços de saúde que atendam em sua maioria (65,6%) usuários do SUS, o que indica a importância do sistema público de saúde na formação médica. Entretanto na pesquisa sobre a perspectiva de trabalho futuro, realizado pela Demografia Médica (2023) somente 24,6% dos médicos residentes têm a intenção de trabalhar predominantemente ou exclusivamente no SUS após a conclusão da residência. Isso ressalta a relevância do sistema público de saúde como potencial empregador para os profissionais recém-formados, porém diante da escassez de profissionais e de procura pela especialidade em psiquiatria pelos médicos, aponta para a situação crítica da demanda de profissionais para os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. (SCHEFFER, 2023)

Ao examinarmos os dados dos empregos formais para psiquiatras na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) desde 2015, notamos um aumento progressivo ao longo dos anos, culminando em 2021, que é o último ano disponível para análise. No entanto, ao analisarmos os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) de dezembro de 2023, observamos que houve 35 admissões e 41 demissões de psiquiatras, resultando em um saldo negativo de -6. Essa discrepância destaca que a demanda do setor de saúde mental pela especialidade não está sendo totalmente suprida. Destaca-se a maior da retenção dos vínculos formais no setor privado, em detrimento do setor público que é um setor que cobre todo o território nacional e com a maior rede de assistência em saúde mental.

A análise dos dados fiscais de 2020 revelou que a renda média mensal declarada pelos médicos atingiu R\$ 30.196. No entanto, essa média de remuneração dos médicos, embora tenha aumentado, não é compatível com os dados apresentados na Demografia Médica (SCHEFFER, 2023).

Especificamente para o setor de saúde mental, a disparidade salarial agrava a retenção de profissionais, como os psiquiatras. Enquanto a média de remuneração dos médicos na RAIS (Relação Anual de Informações Sociais) pode ser alta, os dados da Demografia Médica oferecem uma visão mais ampla e detalhada do perfil da remuneração dos psiquiatras.

Essa discrepância pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo questões relacionadas à oferta e demanda no mercado de trabalho, políticas de valorização da saúde mental, e modelos de pagamento e financiamento dos serviços de saúde. A compreensão dessas nuances é fundamental para abordar efetivamente os desafios de retenção de profissionais no setor de saúde mental e promover um ambiente de trabalho mais justo e sustentável.

Tabela 8 - Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Psiquiatria

Ano	Estoque	Celetista	Estatutário	Remuneração
				Média
2021	3518	1915	1603	10411,31
2020	3451	1861	1590	10243,78
2019	3446	1765	1681	10519,11
2018	3400	1797	1603	10226,58
2017	3207	1640	1567	10237,25
2016	2980	1521	1459	9.971,00
2015	3176	1630	1546	9.270,41

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

Ao observarmos a análise da remuneração por gênero e raça/cor, é evidente que as mulheres e os profissionais negros e pardos enfrentam disparidades salariais significativas. Os dados revelam que tanto as mulheres quanto os profissionais negros e pardos têm uma remuneração média menor em comparação com seus pares masculinos e brancos.

Essas discrepâncias podem ser resultado de diversas formas de discriminação e desigualdade presentes no mercado de trabalho, incluindo preconceitos de gênero e racial, acesso desigual a oportunidades de emprego e promoção, e políticas salariais injustas.

É importante destacar que a ausência de dados sobre a remuneração dos profissionais indígenas na RAIS também é preocupante, pois dificulta a compreensão completa das disparidades salariais e a formulação de políticas eficazes para promover a igualdade de oportunidades e a equidade salarial para todos os grupos raciais e de gênero.

Para abordar essas questões de maneira eficaz, é fundamental implementar políticas e práticas que combatam a discriminação e promovam a igualdade de remuneração e oportunidades no local de trabalho, garantindo que todos os profissionais sejam valorizados e remunerados de forma justa, independentemente de seu gênero, raça ou etnia.

Tabela 9 - Remuneração Média por Gênero

Sexo	Remuneração	
	Estoque	Média
Masculino	1933	10.534,20
Feminino	1585	10.252,80

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2021

Tabela 10 - Media de Remuneração por Raça/Cor

Raça/Cor	Remuneração	
	Estoque	Média
Não Identificado	1.680	11.408,01
Preto	20	8606,60
Pardo	302	8.606,60
Indígena	10	-
Branca	1321	9502,93
Amarela	30	9962,79

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2021

Sobre o movimento de regulação impulsionado pelo Conselho Federal de Medicina, destaca-se a Resolução CFM Nº 2057 DE 20/09/2013 que consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

Esta resolução busca reforçar a centralidade do psiquiatra nas intervenções nos serviços de saúde mental, numa perspectiva corporativa de reserva de mercado de trabalho e que não dialoga com o modelo proposto pela

lei da reforma psiquiátrica, apesar da mesma ser constantemente citada na referida resolução.

5.6 Mercado de Trabalho em Enfermagem em Saúde Mental

A análise da enfermagem encontra alguns desafios diante da dificuldade de encontrar dados dos profissionais que atuam especificamente no setor de saúde mental, ou seja, nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Diante disso, buscou-se analisar os empregos formais por ocupação de saúde através do CNES e na RAIS, considerando os dados dos Enfermeiros e dos Enfermeiros Psiquiatras.

A Resolução COFEN nº 625/2020, que atualiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedidos aos Enfermeiros e aprova a lista das especialidades, define as seguintes especialidades no campo da saúde mental: Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental. Entretanto, na RAIS e no CNES, encontra-se somente a Enfermagem Psiquiátrica, e verifica-se que o cadastro dos profissionais nessa especialidade é baixo, o que impede uma análise mais precisa sobre o mercado de trabalho em saúde mental do enfermeiro.

Para analisar a atuação da enfermagem na saúde mental, vamos utilizar dados da RAIS e CNES, focando nas categorias "Enfermagem" e "Enfermagem Psiquiátrica". Essas categorias são as mais comuns na área.

A enfermagem é uma das áreas fundamentais dentro do sistema de saúde, desempenhando um papel crucial na prestação de cuidados aos pacientes e na promoção da saúde da população. No Brasil, o perfil da enfermagem é marcado por diversas características que refletem tanto aspectos históricos quanto demandas contemporâneas da sociedade. Analisar esse perfil é essencial para compreender os desafios enfrentados por essa

categoria profissional e para traçar estratégias que visem aprimorar suas condições de trabalho e a qualidade dos serviços.

O Relatório do Perfil da Enfermagem no Brasil de 2017, conduzido pela Fiocruz em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem, é uma importante referência para a análise do mercado de trabalho em saúde mental da enfermagem. Esse relatório oferece uma visão abrangente sobre o perfil profissional, distribuição geográfica, formação educacional, condições de trabalho e outras informações relevantes para entender o cenário da enfermagem no país. (Machado, 2017)

Ao utilizar o Relatório do Perfil da Enfermagem no Brasil como referência, podemos enriquecer nossa análise sobre a atuação dos profissionais de enfermagem na saúde mental, complementando os dados obtidos da RAIS, CNES e outras fontes. Isso nos permite ter uma compreensão mais ampla e detalhada das características e desafios enfrentados pelos enfermeiros que trabalham nessa área, contribuindo para o desenvolvimento de políticas e práticas que promovam uma assistência de qualidade em saúde mental.

Embora esta pesquisa não analise o mercado de trabalho para profissionais de nível médio, é importante ressaltar que a equipe de enfermagem no Brasil é composta principalmente por técnicos e auxiliares de enfermagem. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem, 75,45% dos profissionais registrados são auxiliares ou técnicos de enfermagem, enquanto os enfermeiros representam 24,54% dessa força de trabalho.

Tabela 11 - Número de Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares e Obstetizes

ESTADO	Auxiliares	Técnicos	Enfermeiros	Obstetizes	TOTAL
AC	564	6.205	3.093	0	9.862
AL	5.016	23.944	10.680	1	39.641
AM	3.016	44.671	15.221	0	62.908
AP	929	13.079	3.972	0	17.980
BA	12.225	108.588	47.764	4	168.581
CE	11.497	61.275	30.300	0	103.072

DF	2.844	43.354	21.122	0	67.320
ES	3.112	37.305	12.307	1	52.725
GO	5.074	54.792	21.578	0	81.444
MA	4.106	56.313	19.637	0	80.056
MG	18.524	162.639	63.044	4	244.211
MS	3.213	19.061	9.671	2	31.947
MT	2.344	24.345	12.374	0	39.063
PB	3.115	32.749	17.403	3	53.270
PA	8.215	73.302	20.311	2	101.830
PE	13.488	94.366	35.584	0	143.438
PI	3.319	25.009	11.702	0	40.030
PR	24.414	77.000	34.252	3	135.669
RJ	243.921	47.862	67.555	3	359.341
RN	5.170	30.439	11.838	0	47.447
RO	2.589	13.297	6.154	0	22.040
RR	1.225	7.625	2.594	0	11.444
RS	9.745	108.419	31.886	1	150.051
SC	5.407	54.195	20.969	7	80.578
SE	6.740	18.708	8.820	0	34.268
SP	258.431	320.750	179.004	349	758.534
TO	882	14.906	7.437	0	23.225
TOTAL	659.125	1.574.198	726.272	380	2.959.975

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do site do Conselho Federal de Enfermagem, 2024.

A distribuição geográfica desigual dos profissionais de enfermagem no Brasil que se apresenta a partir dos dados dos profissionais ativos do Conselho Federal é reforçada na análise do Relatório do Perfil da Enfermagem no Brasil, como um aspecto relevante a considerar na análise do mercado de trabalho em saúde mental da enfermagem. A concentração de 56,31% dos enfermeiros com registro ativo nas regiões Sul e Sudeste, principalmente em estados mais desenvolvidos e grandes capitais, reflete a disparidade regional no acesso aos serviços de saúde e na oferta de empregos na área. (Machado, 2017)

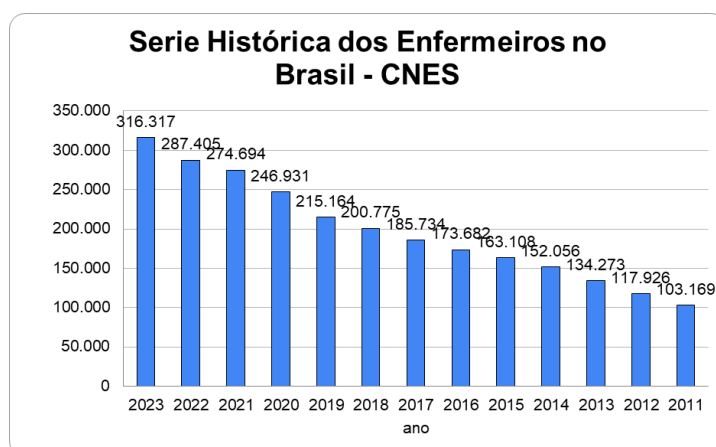
Essa concentração pode resultar em desafios significativos, como a escassez de profissionais em regiões remotas e a sobrecarga de trabalho em áreas urbanas densamente povoadas. Esse fenômeno pode ser atribuído a fatores como maior demanda de emprego, melhores salários e acesso à educação superior, uma vez que também há uma concentração dos cursos de Enfermagem nessas regiões.

Essa realidade pode impactar diretamente a assistência em saúde mental, tornando mais difícil o acesso a serviços especializados e a continuidade do cuidado para populações mais vulneráveis. Portanto, é essencial desenvolver políticas de incentivo à interiorização da enfermagem, bem como estratégias para garantir uma distribuição mais equitativa de profissionais em todo o país. (Machado, 2017)

Os estados com menor concentração de profissionais de enfermagem no Brasil são da Região Norte: Amapá (3.972), Acre (3.093) e Roraima (2.594).

Na tabela a seguir, é possível observar a expansão do número de enfermeiros registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS) no Brasil, com um aumento de cerca de 320% ao longo dos anos, até 2021.

Gráfico 9 - Série Histórica do Número de Enfermeiros cadastrados no CNES no Brasil



Fonte: Elaboração do autor através do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS), 2024.

A análise dos dados apresentados revela uma expansão significativa na demanda por enfermeiros no Brasil ao longo dos anos, conforme demonstrado pelo aumento no número de enfermeiros registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES/MS) e pelos dados de empregos formais na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

No entanto, ao examinarmos os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) de dezembro de 2023, observamos que houve 5.957 admissões e 5.758 demissões de enfermeiros, resultando em um saldo de 199. Para enfermeiros psiquiátricos foram 16 admitidos, 13 demitidos e saldo de 3. A crescente demanda por enfermeiros, inclusive na área de enfermagem psiquiátrica, é evidenciada pelo aumento progressivo no número de admissões e demissões de enfermeiros nos últimos anos, conforme registrado CAGED.

É relevante observar que o setor privado apresenta maior retenção de vínculos formais (62,7%) em comparação com o setor público (29,3%), o que sugere uma possível concentração de oportunidades de emprego nesse segmento. Essa disparidade pode ter impactos significativos na assistência em saúde mental, uma vez que o setor público desempenha um papel fundamental no fornecimento de serviços acessíveis e de qualidade para a população.

A análise dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) revela um aumento progressivo na remuneração média dos enfermeiros no Brasil de 2016 a 2021. No entanto, é importante ressaltar que, apesar do aumento na remuneração, ainda podem existir disparidades salariais entre diferentes regiões do país e entre o setor público e privado. Essas disparidades precisam ser consideradas na formulação de políticas e estratégias para garantir uma distribuição equitativa de profissionais de enfermagem na saúde mental e promover um ambiente de trabalho justo e sustentável para esses profissionais.

Tabela 12 - Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Enfermagem

Ano	Estoque			Remuneração
	Enfermeiro	Celetista	Estatutário	Média
2021	384525	241471	112652	6.266,51
2020	328867	221528	107339	6.393,13
2019	295948	190265	105311	6.366,07
2018	288900	179722	113908	6235,94
2017	275.577	168.909	106.668	5971,34
2016	260.646	175.346	100.103	6.393,13
2015	255.972	156.042	99.930	5468,93

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

Tabela 13 - Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Enfermagem Psiquiátrica

Ano	Estoque			Remuneração
	Enfermeiro Psiquiátrico	Celetista	Estatutário	Média
2021	339	285	54	5.443,30
2020	324	278	46	5.618,30
2019	406	354	52	5.894,60
2018	350	305	45	5617,34
2017	317	281	36	5810,2
2016	348	311	37	5051,26
2015	412	369	43	4700,42

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

A análise dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) confirma a feminilização da enfermagem, com 78% dos profissionais sendo mulheres, conforme destacado no Relatório do Perfil da Enfermagem no Brasil (Machado, 2017). No entanto, observa-se uma tendência à masculinização da

profissão, com 22% dos profissionais sendo homens, indicando uma mudança nas percepções de gênero associadas à enfermagem. (Machado, 2017)

Essa mudança na composição de gênero na enfermagem sugere a necessidade de políticas e ações que promovam a igualdade de oportunidades e o respeito à diversidade de gênero no ambiente de trabalho. No entanto, é importante notar que, apesar da crescente presença masculina na enfermagem, ainda persistem diferenças salariais entre os gêneros, com os homens tendo uma remuneração média maior que as mulheres.

Essas disparidades salariais ressaltam a importância de políticas de valorização e equidade salarial, bem como a implementação de medidas para combater a discriminação de gênero no mercado de trabalho. Ao considerar a relação entre emprego formal, remuneração e gênero na enfermagem, é essencial promover um ambiente de trabalho inclusivo e justo, que reconheça e valorize as contribuições de todos os profissionais, independentemente do gênero. (Machado, 2017)

Tabela 14 - Media de Remuneração por Gênero

Sexo	Remuneração	
	Total	Média
Feminino	299.132	5.455,70
Masculino	55.330	5.540,73

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

A análise da relação remuneração e raça/cor na enfermagem, conforme dados do Perfil da Enfermagem no Brasil, revela que 42,3% dos profissionais se declaram brancos, enquanto 41,5% são pardos e 11,5% pretos. A soma dos percentuais de pardos e pretos atinge 53%, tornando-se o grupo mais expressivo na composição de cor/raça da equipe.

No entanto, devido ao subregistro da raça/cor na tabela da RAIS, não é possível realizar uma comparação direta. Entretanto, chama à atenção a diferença de remuneração entre enfermeiros declarados brancos e negros e pardos.

Essa disparidade salarial sugere a existência de desigualdades raciais na remuneração dos profissionais de enfermagem. É essencial investigar e

abordar essas disparidades por meio de políticas e ações que promovam a equidade salarial e combatam a discriminação racial no mercado de trabalho.

Tabela 15 - Média de Remuneração por Raça/Cor

Raça/Cor	Total	Remuneração Média
Preto	225	5.510,50
Pardo	2.094	5.339,39
Indígena	12	-
Branca	121.021	5.615,64
Amarela	1.631	5.413,86
Não Identificado	139.467	5.679,88

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/TEM, 2015/2021

5.6.1 Formação da Enfermagem

Com relação a formação da enfermagem, o perfil da enfermagem no Brasil, conforme descrito por Machado (2017), revela desigualdades regionais significativas na formação e distribuição dos profissionais de enfermagem. Três estados - São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais - são responsáveis por quase metade dos graduados em enfermagem no país, totalizando 49,7% do total. Essa concentração geográfica cria um desequilíbrio entre oferta e demanda de profissionais, resultando em escassez em regiões menos privilegiadas, especialmente no Norte e Centro-Oeste, que contribuem menos para a formação desses profissionais. O Nordeste figura como o segundo maior formador, com 24,2%, seguido pelo Sul, com 13,2%.

Essa disparidade na distribuição geográfica dos enfermeiros ressalta a necessidade de políticas que promovam uma distribuição mais equitativa desses profissionais em todo o território nacional.

Dos enfermeiros analisados, uma grande maioria, 80,1%, participou ou está participando de algum curso de Pós-Graduação, de acordo com dados do estudo de Machado (2017). Entre as modalidades de pós-graduação mais

comuns estão a Especialização, que abrange 72,8% dos profissionais, seguida pelo Mestrado Acadêmico (10,9%), Mestrado Profissional (3,6%), Doutorado (4,7%) e Pós-Doutorado (0,4%). No entanto, apenas uma pequena parcela, 7,5%, realizou Programa de Residência.

É importante notar que o estudo não especificou a titulação da pós-graduação, o que dificulta a avaliação do número de profissionais que se especializaram no campo da saúde mental. Essa falta de especificação pode limitar nossa compreensão sobre a formação específica dos enfermeiros nessa área e sua preparação para atuar em saúde mental.

Esses dados demonstram o compromisso dos profissionais de enfermagem com a educação continuada e o aprimoramento de suas habilidades. No entanto, é fundamental que políticas públicas e institucionais promovam uma distribuição mais equitativa de enfermeiros em todo o território nacional, bem como a ampliação da oferta de cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem, especialmente em regiões menos favorecidas.

O Perfil da Enfermagem no Brasil (2017) oferece insights valiosos sobre a diversidade de locais de atuação da equipe de enfermagem. Predominantemente, a enfermagem é encontrada nos hospitais, representando 56,5% dos profissionais, totalizando mais de 800 mil indivíduos. Entre os hospitais, os gerais compreendem 28,4% dos vínculos, seguidos pelos especializados e universitários, ambos com 10,3%. Destaca-se também a presença significativa de enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Centro de Terapia Intensiva (CTI), correspondendo a 3,5% do total (Machado, 2017).

Além disso, as Unidades Básicas de Saúde e serviços similares concentram mais de 150 mil profissionais, incluindo Unidades Básicas de Saúde com 135.482 profissionais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 2.950 profissionais, e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com 11.750 profissionais, destacando a presença da enfermagem na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

As Unidades de Urgência e Emergência agregam cerca de 190 mil profissionais, com destaque para os Prontos Socorros e os serviços do SAMU

e UPAS, que desempenham um papel crucial na assistência em saúde mental em situações de crise. Adicionalmente, as atividades ambulatoriais, como Clínicas, Policlínicas e Unidades Mistas, empregam aproximadamente 88 mil enfermeiros. (Machado, 2017).

Essa distribuição variada da equipe de enfermagem evidencia seu papel vital em diferentes áreas e níveis de cuidados de saúde, destacando sua contribuição essencial na prestação de assistência em uma ampla gama de contextos clínicos, incluindo dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Resolução COFEN 543/2017, impulsionada pelo Conselho Federal de Enfermagem, representa um marco regulatório significativo ao estabelecer parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos diversos serviços e locais onde são realizadas atividades da enfermagem. Ao definir critérios claros para o dimensionamento do pessoal, essa resolução desempenha um papel crucial na garantia de assistência de qualidade aos pacientes, ao evitar sobrecargas de trabalho e promover ambientes laborais seguros e saudáveis para os profissionais.

Além disso, ao estabelecer padrões específicos para o número adequado de enfermeiros e outros profissionais de enfermagem em diferentes contextos de atuação, a Resolução COFEN 543/2017 contribui para a valorização e o reconhecimento da categoria de enfermagem no sistema de saúde. Essa medida não apenas protege os interesses e direitos dos profissionais de enfermagem, mas também assegura a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes.

Portanto, por meio dessa resolução, o Conselho Profissional de Enfermagem busca fortalecer e legitimar o papel fundamental dos profissionais de enfermagem no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que garante condições adequadas de trabalho e assistência para os pacientes.

5.6.2 Mercado de Trabalho da Psicologia na Saúde Mental

A análise do mercado de trabalho da psicologia na área da saúde mental enfrenta desafios semelhantes a outras profissões, especialmente no que diz respeito à consolidação de informações. A psicologia, assim como a psiquiatria, possui uma relação histórica com a saúde mental, mas hoje se destaca em diversos campos de intervenção, como educação, justiça, assistência social, trabalho e outros setores.

Para essa análise, serão utilizados dados de registros ativos e empregos formais por ocupação de saúde dos psicólogos, obtidos através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

A Resolução nº 23, de 13 de outubro de 2022, institui condições para concessão e registro de psicólogos especialistas, reconhecendo as especialidades da Psicologia. No campo da saúde, são reconhecidas as especialidades de Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar, Psicologia em Saúde e Neuropsicologia. Entretanto, na RAIS e no CNES, encontram-se apenas algumas dessas especialidades, como Neuropsicologia, Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar, com baixo cadastro de profissionais nessas áreas, dificultando uma análise mais precisa do mercado de trabalho em saúde mental do psicólogo. Os dados apresentados serão somente os registros de psicólogo clínico onde se inserem o maior quantitativo dos profissionais que atuam na saúde mental no setor público.

Além disso, serão utilizados levantamentos realizados pelo e pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), como o Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro de 2016, que analisou as características dos psicólogos e psicólogos ocupados no Brasil e a forma como se inserem no mercado de trabalho, a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014.

Em 2022, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou o CensoPsi 2022, um estudo abrangente sobre a prática da Psicologia no Brasil. Intitulado "Quem faz a Psicologia Brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro", o documento foi compilado em dois volumes e abordou temas como Formação, Inserção no Mundo do Trabalho, Condições de Trabalho, Fazeres Profissionais e Engajamento Social. Este censo representa a proposta do CFP, conforme a Resolução CFP nº 30/2022, de realizar levantamentos periódicos sobre a Psicologia brasileira a cada cinco anos.

Ao considerarmos dados mais recentes do Conselho Federal de Psicologia, observa-se uma ligeira redução na disparidade de gênero, com 83,5% dos psicólogos registrados sendo do sexo feminino e 15,5% do sexo masculino. Embora ainda exista uma maioria feminina significativa na profissão, essa diferença em relação aos dados anteriores sugere uma possível mudança na dinâmica de gênero dentro da psicologia.

A distribuição geográfica dos psicólogos reflete uma concentração significativa nas regiões sul e sudeste, que juntas representam 70% dos registros ativos no Conselho Profissional de Psicologia. Essa disparidade regional na força de trabalho ressalta as desigualdades e a escassez de profissionais em outras regiões do país. De acordo com o CensoPsi (2022), 82,4% dos psicólogos entrevistados estão inseridos no mercado. Dentre esses, 64,9% atuam exclusivamente na Psicologia, enquanto 17,5% combinam essa prática com outras atividades e 9,1% exercem funções fora da área, totalizando 5,3% da amostra. (Bentivi, 2022)

Tabela16 - Número de Psicólogos com registros ativos no CFP

ESTADO	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Acre	1.117	227	1.372
Alagoas	5.059	915	5.988
Amapá	4.908	932	6.034
Bahia	19.914	3.257	23.365
Ceará	11.359	2.247	15.239

Distrito Federal	12.336	2.196	14.823
Espírito Santo	7.379	1.466	8.936
Goiás	12.384	1.715	14.181
Maranhão	4.916	916	5.871
Mato Grosso	5.909	837	7.072
Mato Grosso do Sul	4.700	716	6.452
Minas Gerais	46.437	8.529	54.370
Paraná	25.294	4.294	29.674
Paraíba	6.362	1.218	7.887
Pará	5.419	1.019	7.364
Pernambuco	15.702	2.654	18.661
Piauí	3.794	652	4.481
Rio Grande do Norte	5.077	1.074	6.215
Rio Grande do Sul	26.599	3.742	30.398
Rio de Janeiro	47.465	7.719	55.555
Rondônia	2.535	464	3.071
Roraima	959	161	1.172
Santa Catarina	16.843	2.536	19.733
Sergipe	3.200	670	3.896
São Paulo	123.386	20.604	149.834
TOTAL			518.355

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do site do Conselho Federal de Psicologia, 2024.

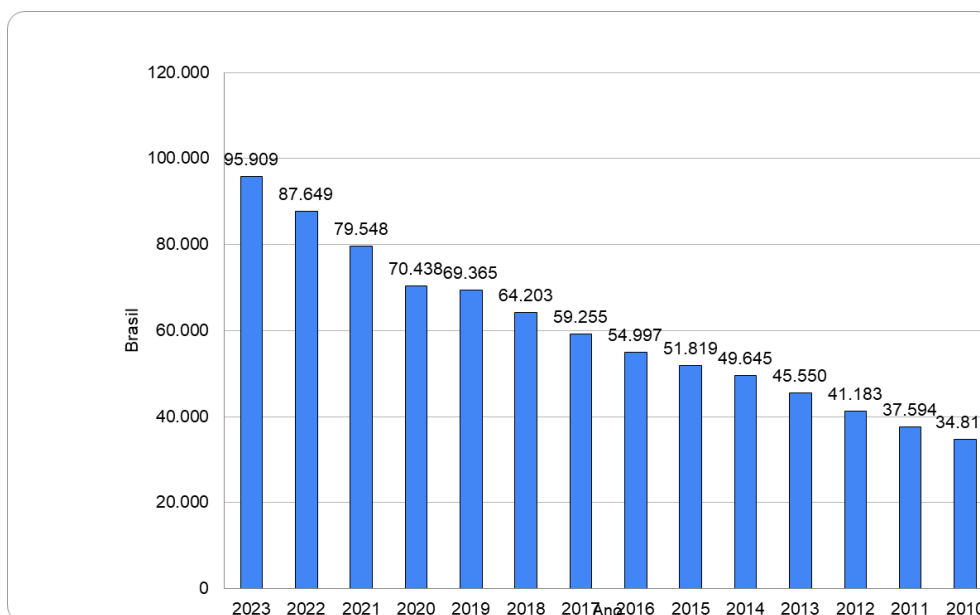
A crise econômica no país, intensificada pela pandemia e pela recessão, reflete-se no aumento do desemprego entre os psicólogos, que atinge a taxa de 10,45%. Adicionalmente, 17,5% dos profissionais combinam a prática em Psicologia com trabalhos em outras áreas, possivelmente como uma forma de complementar a renda devido às dificuldades econômicas. Regionalmente, a Região Nordeste apresenta a maior taxa de desocupação, com 11,9% dos

profissionais sem trabalho, seguida pelo Norte (11%), Centro-Oeste (9%), Sudeste (6,1%) e Sul (4,4%).

Os dados também indicam uma redução na exclusividade de atuação em Psicologia, com 64,9% dos profissionais dedicando-se apenas a essa área em comparação com 62% em 2010. Por outro lado, observa-se um aumento na combinação de trabalhos psicológicos com outras áreas, passando de 22% em 2010 para 17,5% em 2022. (Bentivi, 2022, p.161)

Em dezembro de 2023, o CAGED registrou 963 admissões e 1.624 demissões entre os psicólogos, resultando em um saldo negativo de 661 empregos. Essa discrepância sugere um cenário desafiador no mercado de trabalho para os psicólogos, com mais profissionais deixando seus empregos do que sendo contratados durante esse período específico. Essa análise aponta para a necessidade de uma investigação mais aprofundada sobre os fatores que contribuem para essas demissões e como isso afeta a estabilidade e as oportunidades de emprego para os psicólogos no Brasil.

Gráfico 10 - Série Histórica do Número de Psicólogos cadastrados no CNES no Brasil



Fonte: Elaboração do autor através do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS), 2024.

Tabela 17 - Panorama do Mercado de Trabalho Formal da Psicologia

Ano	Estoque	Celetista	Estatutário	Remuneração
				Média
2021	40.694	17.071	23.623	5.091,07
2020	35.719	13992	21.727	5.124,05
2019	35.103	13.065	22.038	5.116,52
2018	33.009	12.153	20.856	4.970,2
2017	31.166	11.077	20.089	4.359,68
2016	28.819	9.941	18.878	4.649,72
2015	28.943	1.0161	18.782	4.296,67

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

Os dados do CensoPsi 2022 apontam para um crescimento constante da força de trabalho em psicologia ao longo dos anos, corroborando com as informações obtidas através do CNES e da RAIS. Uma análise dos empregos formais pela RAIS revela uma maior participação no setor público em comparação com o setor privado, sugerindo uma tendência de maior inserção dos psicólogos no mercado de trabalho assalariado, especialmente em instituições governamentais e serviços públicos de saúde. No Levantamento do CFP (2016), feito pelo DIEESE com base na PNAD de 2014, 42,0% dos profissionais é autônomos, 22,6% são celetistas e outros 20,8% como funcionários públicos estatutários. Os empregados sem carteira de trabalho assinada representam 8,9% do total de psicólogos e os empregadores, 5,8%. (9CFP, 2016)

Uma mudança significativa é observada em relação ao perfil de trabalho dos psicólogos ao longo do tempo. Enquanto no levantamento de 2016, havia uma maioria dos profissionais atuando exclusivamente como assalariados, o CensoPsi atual revela um cenário diferente, com um aumento no número de psicólogos atuando como autônomos (35,5%) do que como assalariado (24,6), seguidos por aqueles que conciliam atividade autônoma com trabalho voluntário (10,2%). Essa mudança pode ser interpretada como uma resposta

às condições econômicas e ao contexto histórico, destacando a necessidade de considerar esses fatores na análise da prática profissional em psicologia. (Bentivi, 2022)

Explorando mais profundamente as diferenças entre os tipos de exercício profissional assalariado e autônomo, os dados mostram que a maioria dos profissionais, independentemente do tipo de vínculo, possui entre 3 e 12 anos de formação. Além disso, a titulação mais frequente entre eles é a especialização ou MBA, sugerindo uma busca por atualização constante e adaptação às demandas do mercado de trabalho e da sociedade.

Os dados do CensoPsi (2022) revelam informações essenciais sobre a remuneração dos psicólogos no Brasil. A renda média dos profissionais é de R\$ 7.016,10, mas quando consideramos apenas aqueles que trabalham exclusivamente na área da Psicologia, esse valor diminui para R\$ 5.980,83, o que corrobora com a remuneração média contida na RAIS. Essa média representa cerca de 5,43 salários mínimos, evidenciando uma queda significativa em relação às pesquisas anteriores. Em 1980, por exemplo, a média nacional era de aproximadamente 11 salários mínimos. Além disso, atualmente, 66,8% dos psicólogos têm renda de até 6 salários mínimos, em comparação com os 60,8% em 2010. (Bentivi, 2022)

A titulação também desempenha um papel importante na determinação da renda, com os profissionais mais titulados geralmente recebendo mais. Por exemplo, os psicólogos com especialização/MBA têm uma renda média de R\$ 5.504,79, enquanto aqueles com doutorado recebem em média R\$ 9.846,91.

As diferenças regionais são notáveis, com a Região Nordeste apresentando a menor média de renda em comparação com outras regiões do país. Além disso, a quantidade de vínculos de trabalho também influencia na renda, com a maioria dos psicólogos (71,0%) possuindo mais de um vínculo, refletindo a precarização da profissão.

Em relação à inserção profissional dos psicólogos, destaca-se o aumento significativo na quantidade de vínculos de trabalho com 71,0% da amostra. Essa tendência indica uma maior precarização da profissão, sendo que a busca por múltiplos empregos parece estar relacionada à necessidade

de complementação financeira. Notavelmente, profissionais com apenas um vínculo podem atuar como autônomos (45,2%), celetistas (13,6%) ou sob contrato temporário ou intermitente (6,1%), com a maioria apresentando renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos (SM). Surpreendentemente, a média de renda dos profissionais da Psicologia tende a aumentar à medida que a quantidade de vínculos aumenta, sugerindo que as maiores médias de renda mensais estão associadas à diversificação de empregos. Esse cenário ressalta os desafios da sociedade assalariada, com baixos salários, levando os psicólogos a assumirem múltiplos vínculos para complementar suas rendas. (Bentivi, 2022)

A carga horária de trabalho entre os psicólogos apresenta uma variedade significativa. Cerca de 30,7% da amostra trabalha mais de 44 horas semanais, o que está correlacionado com a alta proporção de profissionais que têm dois ou mais vínculos de trabalho, sugerindo uma precarização da categoria. Entre os grupos, aqueles que se dedicam ao trabalho voluntário têm uma média de tempo de trabalho de aproximadamente 13,2 horas por semana, geralmente combinando essa atividade com outras formas de trabalho remunerado. Os psicólogos celetistas relatam trabalhar em média 38,5 horas por semana, enquanto os autônomos trabalham em média 31,2 horas por semana. Surpreendentemente, a quantidade de horas trabalhadas parece ter pouco impacto na renda média dos dois grupos com autônomos com renda média de R\$ 6.194,29 e celetistas com renda média de R\$ 6.387,91, considerando apenas a renda proveniente do trabalho na Psicologia. (Bentivi, 2022)

Tabela 18 - Media de Remuneração por Gênero

Sexo	Remuneração	
	Total	Média
Masculino	6262	4346,39
Feminino	34432	4287,62

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

Os dados do CensoPsi 2022 destacam uma pequena mudança em relação à representatividade racial no campo da psicologia. Em comparação com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD, 2019), observa-se que, apesar de algumas diferenças, ainda há uma sub-representação significativa de pessoas pardas e pretas no setor. No contexto da iniciativa privada, por exemplo, a maioria das respostas ainda é composta por pessoas brancas, seguidas por pardas e pretas. No entanto, as pessoas brancas tendem a ter uma presença maior em comparação com os outros grupos raciais em todas as esferas de emprego, tanto no setor público quanto no terceiro setor.

Tabela 19 - Perfil dos Psicólogos por Raça/Cor do CensoPsi

RAÇA/COR	PNAD 2019	CENSOPSI
Preto	9,4%	8,5%
Pardo	46,8%	26,1%
Branca	42,7%	63,9%
Indígenas Amarela	1,1%	1,5

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Censopsi (Bentivi, 2022).

Além disso, o texto destaca uma disparidade na remuneração média com base na raça/cor, onde os psicólogos pardos e negros recebem os menores salários. Essa constatação é corroborada por pesquisas anteriores que demonstram uma relação entre raça/cor e remuneração no mercado de trabalho brasileiro. Essa disparidade salarial, juntamente com a representação desproporcional de psicólogos negros em setores precários, sugere a existência de barreiras sistêmicas que afetam negativamente a equidade de oportunidades e o acesso a condições de trabalho dignas para esses profissionais (CFP, 2016).

Tabela 20 - Media de Remuneração por Raça/Cor

Raça/Cor	Total	Remuneração Média
Preto	458	3534,76
Pardo	4221	3018,55
Indígena	62	4113,19
Branca	9431	3695,54

Amarela	160	3143,88
Não Identificado	26362	4736,4

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/TEM, 2015/2021

Além disso, é importante destacar que a disparidade salarial não se limita apenas à raça/cor, mas também está relacionada ao gênero, com mulheres recebendo salários menores, conforme aponta a tabela da RAIS sobre gênero. Essa interseccionalidade entre raça/cor e gênero amplifica as desigualdades enfrentadas por mulheres negras no mercado de trabalho, evidenciando a necessidade de políticas e ações que promovam a equidade salarial e combatam a discriminação racial e de gênero no campo da psicologia e em outros setores profissionais.

Verifica-se também a discrepância em relação à remuneração média em relação à raça/cor, com pardos e negros recebendo os menores salários, assim como em relação ao gênero, onde mulheres recebem também salários menores

Tabela 21 - Media de Remuneração por Gênero

Sexo	Total	Remuneração Média
Masculino	6262	4346,39
Feminino	34432	4287,62

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

5.7 Expansão do Ensino Superior em Psicologia e suas Implicações no Mercado de Trabalho

A análise da formação em Psicologia revela um cenário marcado pela explosão dos cursos, principalmente na última década, impulsionada pela interiorização e pela predominância das instituições privadas. No entanto, a qualidade desses cursos é questionável, considerando que uma parcela significativa não possui avaliação do INEP e que a maioria recebe conceitos abaixo de 5.

Segundo Guzzo (2022, apud Bastos, 2021), o número de cursos de Psicologia no Brasil aumentou consideravelmente, totalizando 1086 cursos autorizados pelo MEC. Cerca de 47,6% desses cursos surgiram na última década, refletindo políticas de interiorização e uma predominância da oferta por instituições privadas (90% dos cursos). No entanto, a qualidade dos cursos é questionável, com 20% sem avaliação do INEP, enquanto apenas 7,6% obtiveram conceito 5, 51,1% possuem conceito 4 e 20,6% receberam conceito 3.

Essa expansão desordenada tem potencial impacto no mercado de trabalho, como indicado pela discrepância entre o número de formados e de profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Psicologia, sugerindo dificuldades de inserção profissional. Além disso, a precarização das condições de trabalho e dos salários também é uma preocupação, especialmente considerando que a maioria das profissionais se forma em instituições privadas.

A predominância das IES privadas, principalmente nas regiões sul e sudeste, destaca-se como um aspecto relevante, visto que a maioria das profissionais se mostra satisfeita com a formação recebida. No entanto, é importante considerar a necessidade de investimentos futuros para compreender os reais efeitos dessa formação, especialmente diante da deterioração geral da qualidade do ensino superior no Brasil.

As profissionais participantes do CensoPsi 2022, a maioria das profissionais de Psicologia atua na área Clínica, especialmente aquelas formadas em instituições privadas (77% egressos de privadas contra 65% de IES públicas). A área Social também é significativa.

No setor Saúde, 17,3% são egressos de IES privadas e 23,2% de IES públicas, do setor Hospitalar 5,6% privada e 7,6% egressos de IES públicas. Destaca-se também a maior atuação das profissionais oriundas de instituições públicas na docência, possivelmente influenciada pela formação na pós-graduação (Guzzo, 2022).

Ressalta ainda o autor que o grau de satisfação das profissionais é alto, independentemente da origem da formação. No entanto, é importante

interpretar esses dados considerando o contexto temporal, especialmente em relação à qualidade do ensino e às condições de trabalho no mercado atual.

Esses aspectos devem ser considerados na formulação de políticas e práticas para o mercado de trabalho em Psicologia, visando garantir condições adequadas de formação e inserção profissional para as psicólogas, especialmente em um contexto de crescente demanda por serviços de saúde mental.

5.8 Pós-Graduação em Psicologia: Perfil e Tendências

A formação em pós-graduação na área da Psicologia revela um cenário diversificado e em constante evolução, com significativo investimento por parte das(os) psicólogas(os) brasileiras(os) (Mourão, 2022). Neste artigo, analisaremos os dados do CensoPsi, destacando a prevalência de cursos de especialização e os níveis de titulação acadêmica, além de uma visão abrangente da pós-graduação *stricto sensu* no país.

Do total das(os) 20.207 psicólogas(os) participantes do CensoPsi, observa-se que quase a metade (47,5%) já realizou cursos de pós-graduação *lato sensu*, enquanto outros 25,9% possuem cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Predominam os que têm mestrado (16,5%), seguido dos que concluíram o doutorado (7%) e um percentual menor que realizou pós-doutorado (2,4%). No entanto, o alto índice de profissionais com formação pós-graduada pode sugerir uma possível super-representação desse grupo na amostra, levantando questões sobre a acessibilidade da pesquisa a um público mais diversificado (Mourão, 2022).

Além dos investimentos em pós-graduação, destaca-se que um de cada cinco psicólogas(os) (19,3%) já realizou cursos livres de aperfeiçoamento e 2,1% realizaram residência multiprofissional. Apenas 5,2% das(os) psicólogas(os) participantes do CensoPsi não realizaram nenhuma formação complementar.

Ao analisar a distribuição por áreas de atuação, observa-se uma disparidade nos níveis de titulação. Enquanto algumas áreas, como Psicologia Escolar/Educacional (23,4%), Psicologia Organizacional e do Trabalho (21,9%) e Psicologia da Saúde (21,7%), apresentam percentuais mais elevados de profissionais com mestrado, outras, como Psicologia Hospitalar (5,9%) e Psicologia Clínica (6,7%), têm menor representatividade de doutores. Nos cursos de Especialização destaca-se a Neuropsicologia (66,8%), Psicologia Hospitalar (64,3%) e Avaliação Psicológica (63,7%). Essa discrepância pode refletir diferenças na demanda e na oferta de programas de pós-graduação em cada área.

A pós-graduação *stricto sensu* na área de Psicologia está predominantemente vinculada às universidades públicas, com quase 70% dos programas de pós-graduação, totalizando 101 Programas de Pós-Graduação, sendo 87 da modalidade acadêmica e 14 da modalidade mestrado profissional. No entanto, a distribuição geográfica desses programas é desigual, com predominância na região Sudeste, seguida pela região Nordeste. Apesar das assimetrias regionais, observa-se uma expansão numérica e geográfica dos programas nos últimos anos, contribuindo para a democratização do acesso à formação pós-graduada em Psicologia, conforme aponta o Sistema Nacional de Pós-Graduação, que regula a formação em termos de mestrado e doutorado. (Mourão, 2022).

No período de 2017 a 2020, um total de 6.145 pessoas obtiveram o título de mestres em Psicologia, enquanto 2.169 se tornaram doutores na área. No mesmo período, houve um total de 8.431 matrículas em programas de pós-graduação em Psicologia, com 2.557 discentes de doutorado, 3.655 de mestrado acadêmico e 223 de mestrado profissional. No entanto, a distribuição desses discentes não é equitativa entre as regiões brasileiras, sendo a região Sudeste (42%) a mais predominante, seguida pelo Nordeste (21%), enquanto a região Norte (5%) tem a menor quantidade de programas. A Psicologia da Saúde apresenta 61 linhas de pesquisa, sendo uma área com maior domínio na pós-graduação, seguida por Psicologia Clínica e Psicanálise, com 50 linhas de pesquisa. Esses domínios têm uma relação direta com a inserção

profissional, refletindo as demandas do mercado de trabalho em saúde mental (Mourão, 2022).

Um marco regulatório proposto pelo Conselho Federal de Psicologia é a Resolução nº 17/2022, que dispõe sobre parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. Esse documento representa a primeira proposta do Conselho para definir diretrizes específicas para o trabalho na área da saúde, proporcionando respaldo aos profissionais diante de gestores e equipes.

A proposta teve como referência para elaborar os parâmetros as portarias e legislações já existentes no SUS e foi direcionada aos profissionais da Psicologia que atuam nos três diferentes níveis de saúde, orientando o trabalho dos psicólogos para promover uma assistência mais qualificada e integrada à população.

Essa resolução surge como uma demanda crucial da categoria profissional diante da precarização do trabalho no SUS, enfrentando uma sobrecarga de trabalho e um número insuficiente de profissionais por serviço. Sem parâmetros claros para orientar o diálogo com a gestão, os profissionais enfrentavam dificuldades significativas para garantir condições adequadas de trabalho.

5.9 Mercado de Trabalho do Serviço Social na Saúde Mental

O mercado de trabalho dos assistentes sociais no Brasil está sujeito aos impactos das mudanças no mundo laboral e nas relações sociais decorrentes da reestruturação produtiva e das políticas neoliberais. Além disso, os dados que indicam um aumento no número de profissionais nos anos 2000 estão relacionados à expansão dos serviços sociais e de saúde, resultado do processo de descentralização e municipalização das políticas de Assistência Social e de Saúde, entre outras.

Os assistentes sociais encontram diversas oportunidades de atuação, incluindo universidades, escolas, organizações não governamentais (ONGs), projetos sociais e órgãos públicos como prefeituras e ministérios. No âmbito da saúde mental, eles atuam em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais Gerais, Equipes Multiprofissionais, Consultório na Rua, entre outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

Entretanto, a análise do mercado de trabalho em saúde mental para assistentes sociais enfrenta desafios devido à falta de subcategorias específicas nos registros oficiais, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Apesar disso, é possível inferir que os profissionais inseridos na saúde atuam em serviços relacionados à saúde mental.

Para compreender melhor esse cenário, são utilizados dados do Relatório Final da Pesquisa Nacional do Perfil Profissional de Assistentes Sociais. Esse relatório busca conhecer o perfil dos assistentes sociais, as condições de trabalho e o exercício profissional, visando subsidiar ações de defesa do exercício profissional em um contexto marcado pela precarização dos serviços públicos e deterioração das condições de trabalho.

As análises presentes nesse relatório são de extrema relevância, pois permitem entender o perfil dos assistentes sociais em diferentes regiões, gêneros, etnias e gerações, além de fornecer informações cruciais sobre o contexto de formação e as condições de trabalho na profissão. Esses dados são fundamentais para subsidiar políticas e ações que visem melhorar as condições de trabalho e a qualidade dos serviços prestados pelos assistentes sociais na área da saúde mental.

O panorama geográfico dos assistentes sociais no Brasil revela uma distribuição desigual em todo o território nacional. Na região Norte, o Amapá se destaca com o maior percentual relativo de profissionais ativos, enquanto os demais estados registram participações percentuais entre 16,21% e 24,92%. No Nordeste, a participação é bastante uniforme, com exceção de Alagoas, que apresenta uma taxa acima de 30%. Já na região Centro-Oeste, a maioria dos estados registra uma participação acima de 20%. No Sudeste, São Paulo

lidera com o maior número de profissionais. Na região Sul, Santa Catarina tem a maior participação. A análise dos dados do recadastramento mostra uma distribuição semelhante à dos registros nos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), evidenciando assimetrias regionais persistentes. Destaca-se que os dados do recadastramento estão parcialmente alinhados com os do Cadastro de Assistentes Sociais inscritos nos CRESS. São Paulo com 47% do total da região Sudeste, lidera de forma incontestável em termos quantitativos, seguido por Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul. Essas assimetrias regionais refletem desigualdades históricas e persistem desde a ascensão econômica do Sudeste. (CFESS, 2022).

Tabela 22 - Número de Psicólogos com registros ativos no CFESS

	ESTADO	Total	% em relação	
			% em relação ao TOTAL da Região	ao TOTAL do Brasil
Região Norte	Acre	1.375	6,65%	0,78%
	Amapá -	67500,00%	3,27%	0,38%
	Amazonas	5.955	28,81%	3,37%
	Pará	7.925	38,34%	4,49%
	Rondônia	1.645	7,96%	0,93%
	Roraima	72500,00%	3,51%	0,41%
	Tocantins	2.372	11,47%	1,34%
SUBTOTAL - Região Norte		20.672	100,00%	11,71%
Região Nordeste	Alagoas	3.703	6,98%	2,10%
	Bahia	13.968	26,35%	7,91%
	Ceará	7.923	14,95%	4,49%
	Maranhão	5.508	10,39%	3,12%
	Paraíba	4.868	9,18%	2,76%
	Pernambuco	6.821	12,87%	3,86%

	Piauí	3.402	6,42%	1,93%
	Rio Grande do Norte	4.325	8,16%	2,45%
	Sergipe	2.496	4,71%	1,41%
SUBTOTAL - Região Nordeste		53.014	100,00%	30,03%
	Distrito Federal	2.313	18,83%	1,31%
	Goiás	3.878	31,57%	2,20%
	Mato Grosso	3.237	26,35%	1,83%
Centro Oeste	Mato Grosso do Sul	2.855	23,24%	1,62%
SUBTOTAL - Região Centro Oeste		12.283	100,00%	6,96%
	Espírito Santo	4.342	6,24%	2,46%
	Minas Gerais	15.516	22,28%	8,79%
	Rio de Janeiro	16.850	24,20%	9,55%
Sudeste	São Paulo	32.924	47,28%	18,65%
SUBTOTAL - Região Sudeste		69.632	100,00%	39,45%
	Paraná	7.703	36,80%	4,40%
	Rio Grande do Sul	8.212	39,20%	4,70%
Sul	Santa Catarina	5.008	23,90%	2,80%
SUBTOTAL - Região Sul		20.923	100,00%	12,00%
TOTAL GERAL		176.524		100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Perfil de Assistente Sociais do CFESSI, 2022.

A relação de empregos formais por gênero reforça a análise da identidade de gênero feita no relatório do perfil das Assistentes Sociais que revela uma predominância do gênero feminino, com 92,92% e 6,97% como homens. A pesquisa identificou também informações de outras identidades de gênero: 46 profissionais (0,10%) expressaram identidades de gênero, como Transexual Masculino, Transexual Feminino e Travesti. Esses resultados indicam uma mudança lenta, porém perceptível, na composição de gênero na categoria profissional, com um aumento do percentual de profissionais do sexo

masculino em comparação com pesquisas anteriores. Em relação à distribuição geográfica, destaca-se Santa Catarina como o estado com a maior proporção de profissionais do sexo feminino, enquanto o Acre lidera em termos de proporção de profissionais do sexo masculino, juntamente com Rondônia e Amapá, todos acima da média nacional de identificação masculina. (CFESS, 2022)

Tabela 23 - Média de Remuneração por Gênero

Gênero	Total	Remuneração
		o Média
Feminino	75.814	5.558,89
Masculino	4.339	4.972,37

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2021

Outra análise crucial sobre gênero são as disparidades salariais no serviço social. Ao examinar os dados dos empregos formais da RAIS, observa-se um padrão distinto, com uma média salarial menor para homens em comparação com as mulheres. No entanto, ao considerar também a dimensão étnico-racial, percebe-se que as disparidades seguem o padrão geral encontrado em outras profissões: assistentes sociais negras, pardas e indígenas tendem a receber remuneração média menor em comparação com as profissionais brancas. Essa constatação ressalta a interseccionalidade das desigualdades de gênero e raça, evidenciando a necessidade de políticas e ações afirmativas para enfrentar essas disparidades e promover a equidade salarial no serviço social.

Tabela 24 - Média de Remuneração por Raça/Cor

Raça/Cor	Total	Remuneração Média
Preto	2.207	4.120,70
Pardo	10.421	3.517,30
Indígena	124	3.861,81
Branca	18.141	4.039,72
Não Informado	50.666	5.016,50

Amarela 282 3.401,35

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2021

Na amostra do relatório do perfil das assistentes sociais apresenta uma análise sobre a identidade étnico-racial dos profissionais recadastrados e como essa relação se apresenta geograficamente. Os dados revelam que metade dos profissionais se autodeclara como de cor/raça preta/negra/parda, representando 50,34% dos participantes. Em contrapartida, as profissionais autodeclaradas brancas correspondem a 46,98% do total. As assistentes sociais de raça/cor amarela representam 1,85%, enquanto as indígenas correspondem a 0,32%. Outras cor/raça sem identificação específica registrou 0,51% das ocorrências. (CFESS, 2022).

Os dados da pesquisa corroboram com o Censo do IBGE de 2022 que revelam mudanças significativas na composição étnico-racial da população brasileira. O número de brasileiros que se declaram pardos aumentou consideravelmente, tornando-se o maior grupo racial do país, representando 45,3% da população, um aumento de 11,9% desde 2010. Paralelamente, a população que se declara preta também cresceu, com 10,2% dos brasileiros se identificando como pretos. Além disso, houve um aumento expressivo na população indígena, que agora representa 0,8% da população. Em contrapartida, a parcela dos que se declaram brancos voltou a cair, sendo o segundo maior grupo, com 43,5% da população.

A análise territorial revela nuances interessantes. As profissionais autodeclaradas como brancas predominam na região Sul do Brasil (63,74%), território formado por população de origem europeia, enquanto as profissionais de cor parda estão concentradas na região Norte (aproximadamente 65%), principalmente na Amazônia. Já as maiores proporções de profissionais autodeclaradas de cor negra/parda estão nos Estados com fortes vínculos históricos com a colonização brasileira e forte presença de descendentes de escravizados, como Bahia (23,71%), e Rio de Janeiro (21,03%).(CFESS, 2022).

As profissionais autodeclaradas como da cor amarela estão em sua maioria em Tocantins e na região Centro-Oeste (4,09%), como Goiás e Mato

Grosso (7,02%). A presença de profissionais indígenas é mais expressiva na região Norte, especialmente no Amazonas (1,23%), coincidindo com a distribuição populacional indicada pelo último Censo Demográfico.

A análise do vínculo religioso das Assistentes Sociais é uma dimensão importante para compreender o perfil dessa categoria profissional. Como destacado no relatório do perfil das Assistentes Sociais, o vínculo originário da profissão com a religião católica no Brasil é um elemento significativo a considerar. Os dados do recadastramento mostram que a religião católica é predominante entre as profissionais, com 49,65% delas adotando essa fé. Em segundo lugar, está a religião evangélica, representando 21,61% das profissionais. O espiritismo ocupa a terceira posição (9,33%), seguido por outras religiões menos representadas. Além disso, uma parcela significativa das profissionais declarou não ter vínculo religioso. (CFESS, 2022).

Tabela 25 - Distribuição de Emprego Formal da RAIS

Ano	Estoque	Celetista	Estatutário	Remuneração
				Média
2021	81.141	36.718	45.545	5.522,82
2020	75.480	33.005	42.475	5.642,14
2019	76.103	31.957	44.146	5.569,63
2018	73.808	31.096	42.712	5.416,49
2017	71.256	29.643	41.901	5.167,34
2016	67.345	28.816	38.632	5.080,37
2015	69.785	30.631	39.154	4.604,50

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

Em relação à natureza dos vínculos contratuais, embora o Serviço Social seja reconhecido como uma profissão liberal no Brasil, as assistentes sociais exercem seu trabalho majoritariamente como assalariadas de instituições públicas e privadas que operam políticas e serviços sociais. De acordo com dados da tabela da RAIS de 2021, 56% das assistentes sociais estão inseridas no setor público, enquanto 44% estão no setor privado. A pesquisa também aponta uma maior prevalência no setor municipal, após a

Constituição Federal de 1988, as políticas do SUS e da Assistência Social promoveram a descentralização das políticas públicas e serviços públicos (CFESS, 2022).

Na série histórica do Mercado Formal da RAIS (2015-2021), observa-se um aumento da renda média ao longo dos anos, o que representa 16,14% das profissionais que participaram da pesquisa. Com relação ao rendimento, a pesquisa demonstra que a maior porcentagem de rendimentos está na faixa de 2 a 3 mil reais (24,52%), seguida por 18,05% com rendimentos de 1 a 2 mil reais, e 12,20% recebem entre 3 a 4 mil reais. Cerca de 8,63% das profissionais estão na faixa de renda entre 4 a 5 mil reais. Apenas 16,14% têm rendimentos acima de 5 mil reais, e a partir de 10 mil reais, contabilizam-se 2,44%.

Quanto à situação ocupacional da categoria profissional, constatou-se que 71,56% possuem 1 vínculo, 10,08% possuem 2 vínculos; e 3 e 4 vínculos aparecem com 0,46% e 0,17%, respectivamente. É importante destacar que em segundo lugar aparece "nenhum vínculo" com 17,73%, significando a não inserção no mercado de trabalho, dado interpretado como indicativo da taxa de desemprego entre as respondentes (CFESS, 2022).

5.10 As Disparidades da Formação das Assistentes Sociais

No relatório ao analisar a formação profissional dos assistentes sociais, considerou-se o aumento expressivo de cursos nas últimas duas décadas. Os profissionais registrados nos CRESS saltaram de 70 mil em 2006 para 176.524 mil em 2019, um crescimento exponencial de 152% em 13 anos, evidenciando a expansão da profissão ao longo desse período, principalmente após a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 1996. (CFESS, 2022).

Um dos principais pontos da análise é a predominância do ensino privado com fins lucrativos na formação das Assistentes Sociais, representando

em torno de 52,97% do total. Isso reflete uma tendência nacional de expansão do ensino superior privado, impulsionado por programas governamentais de financiamento como FIES, PROUNI e PROIES, apontando para uma contrarreforma educacional e a mercantilização do ensino.

Os dados do Censo da Educação Superior do INEP de 2022 revelam uma tendência de expansão do ensino superior no Brasil, com destaque para o crescimento do ensino privado com fins lucrativos. Em 2020, cerca de 77,5% das matrículas estavam concentradas em instituições privadas, enquanto apenas 22,5% estavam em instituições públicas. O Curso de Serviço Social, que antes ocupava posições de destaque entre os cursos de graduação, viu sua participação no total de matrículas diminuir ao longo da última década.

Em 2020, das 8.680.945 matrículas no ensino superior brasileiro, 77,5% estavam em instituições privadas, enquanto apenas 22,5% estavam em instituições públicas. O Curso de Serviço Social, que ocupava a sexta posição entre os 10 cursos com mais matrículas em 2011, representando 2,3% do total, caiu para a nona posição em 2015, apesar de ter alcançado 2,1% do total de matrículas. Em 2019, registrou-se 131.869 matrículas no Curso de Serviço Social, correspondendo a 1,53% do total, ocupando a 19ª posição.

Essa expansão do ensino privado foi impulsionada por programas governamentais de financiamento, como FIES, PROUNI e PROIES, que têm beneficiado principalmente jovens matriculados no ensino privado, muitos dos quais dependem de financiamentos públicos. No entanto, esse crescimento está inserido em um contexto de contrarreformas de cunho neoliberal, que transformam o ensino superior em um lucrativo nicho de mercado, apesar de ampliar o acesso para algumas frações da classe trabalhadora, especialmente a juventude negra. (CFESS, 2022).

Na pesquisa do Conselho do Serviço Social, a amostra aponta que a maioria dos profissionais formados em instituições privadas não tem nenhum rendimento (17,76%) ou possui rendimentos mais baixos. Por exemplo, entre os profissionais com rendimentos menores, 75,50% foram graduados em instituições privadas, enquanto 56,51% foram formados em instituições públicas. Por outro lado, entre os profissionais com rendimentos mais altos,

apenas 24,05% foram graduados em instituições privadas, comparados a 43,49% formados em instituições públicas, especialmente federais. Além disso, a distribuição das matrículas de assistentes sociais formadas em instituições privadas e públicas varia significativamente por região, refletindo o cenário nacional de concentração de universidades públicas no Nordeste e menor presença nas demais regiões. Esses dados destacam as disparidades socioeconômicas associadas ao tipo de instituição de ensino superior frequentada, o que influencia diretamente as diferenças salariais entre os profissionais formados em instituições públicas e privados. (CFESS, 2022).

O relatório também apresenta uma crítica a expansão do Ensino à Distância (EaD) no Brasil ao longo da última década. Os dados do INEP demonstram que entre 2010 e 2020, houve um aumento significativo no número de ingressantes em cursos EaD, enquanto os cursos presenciais tiveram uma redução. Em 2020, a participação percentual de ingressantes em cursos EaD era de 53,4%, representando um crescimento substancial em relação a 2010. Esse aumento também é refletido no número de matrículas, que saltou de 930.179 em 2010 para 3.105.803 em 2020. Por outro lado, o crescimento nos cursos presenciais foi muito mais modesto.

A oferta de vagas no EaD foi predominantemente protagonizada por instituições privadas, que ofereceram 71,30% das vagas nessa modalidade em 2020. Isso contrasta com as instituições públicas, que ofereceram apenas 15,78% das vagas no EaD, embora representem a maioria das ofertas presenciais. Essa disparidade na oferta de vagas reflete a expansão do EaD como um nicho lucrativo para as instituições privadas.

No entanto, apesar do crescimento do EaD, o ensino presencial ainda prevalece no Brasil. Em 2020, as matrículas em cursos presenciais correspondiam a 64,22% do total de matrículas ativas no ensino superior. Embora o EaD continue a crescer, é importante reconhecer que o ensino presencial mantém sua relevância no país.

Em relação ao Serviço Social, a pesquisa revela que, embora a maioria dos profissionais tenha se formado em cursos presenciais, uma parcela significativa concluiu cursos EaD. Cerca de 16,26% dos assistentes sociais

inscritos nos CRESS se formaram em EaD, o que representa uma mudança no perfil educacional da categoria. (CFESS, 2022).

Porém, é importante considerar os prós e contras do ensino EaD. Enquanto essa modalidade pode oferecer maior flexibilidade de horários e acesso facilitado para alguns estudantes, também levanta preocupações sobre a qualidade da educação, a falta de interação presencial e o isolamento do estudante. Além disso, a predominância das instituições privadas no EaD levanta questões sobre a mercantilização da educação e a desigualdade no acesso ao ensino superior.

Os dados do recadastramento dos assistentes sociais destacam a relevância da titulação em curso de pós-graduação para a categoria. Cerca de 83,11% dos profissionais declararam possuir algum tipo de titulação nesse nível educacional. No entanto, a distribuição das titulações é bastante desigual entre as diversas modalidades apresentadas, com menos de 10% dos profissionais realizando cursos *stricto sensu* (mestrado acadêmico e doutorado).

A predominância da Especialização Lato Sensu é evidente, representando 63,47% das titulações entre os assistentes sociais. Essa preferência pode ser atribuída à disponibilidade de oferta, com os cursos lato sensu sendo predominantemente ofertados por instituições privadas. Destaca-se também que 58,09% das profissionais que fizeram especialização foi na área do Serviço Social e 41,91% buscaram outras áreas, o que pode indicar o interesse profissional pela interdisciplinaridade e atuação em setores como o da saúde que apresenta boa oferta de formação multiprofissional.

A análise por região revela disparidades significativas na obtenção de titulações de especialização, com estados como Paraná e PiauÍ apresentando percentuais mais elevados de profissionais com esse tipo de titulação. Essa distribuição reflete tanto a oferta de cursos quanto as condições socioeconômicas regionais.

A proporção de profissionais com Especialização em relação às recadastradas/os em cada Região segue, por ordem decrescente: a Região Sul com 68,27%, em seguida, o Nordeste apresenta 67,74% de seus profissionais

com especialização. Na Região norte, 66,30% das/os recadastradas/os declararam ter essa qualificação, a Região Centro Oeste comparece com 65,63% de suas profissionais com esse título; por fim, a Região Sudeste, que possui o maior contingente profissional do país, concentra o menor percentual de profissionais com essa titulação: 57,68%. (CFESS, 2022).

A Residência Profissional é uma modalidade menos comum entre os assistentes sociais, representando 8,98% das titulações. Dentre os que cursaram residência, 63,61% optaram pela Residência em Serviço Social, enquanto 36,39% escolheram a Residência Multiprofissional. No entanto, a oferta de residências multiprofissionais em saúde ainda é insuficiente para atender à demanda, especialmente considerando o campo de intervenção profissional. Das 3.971 profissionais que declararam ter feito residência, 53% realizaram-na na região Sudeste, com destaque para São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, por ordem de maior quantidade.

Em 2017, o Conselho Federal (CFESS) e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) elaboraram o documento "Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão". Esse documento busca sistematizar informações e debates realizados ao longo dos últimos anos sobre o Serviço Social e as residências em saúde, espaços de formação e de exercício profissional da assistente social.

Seu objetivo é promover o interesse da categoria na expansão das Residências Multiprofissionais em Saúde, visando fortalecer tanto o trabalho quanto a formação dos assistentes sociais, incluindo preceptores, tutores e residentes no campo da saúde. O documento também busca fomentar um debate sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a Reforma Sanitária brasileira, resgatando o histórico das Normatizações da Residência Multiprofissional em Saúde e abordando questões relacionadas à supervisão de estágio e aos programas de residência.

Em relação à Pós-graduação *Stricto Sensu* (mestrado acadêmico, doutorado e mestrado profissional), a pesquisa aponta que um número reduzido de profissionais, o que mostra a dificuldade de acesso a esses cursos, concentrados majoritariamente em instituições públicas, mas com ofertas

anuais insuficientes e carga horária elevada, exigindo, em sua maioria, dedicação exclusiva (ou intensa), o que muitas vezes é incompatível com a condição de trabalho da maioria dos profissionais.

Das participantes do recadastramento, 7,19% cursaram mestrado acadêmico, enquanto apenas 1,80% dos assistentes sociais cursaram doutorado. Em ambas as situações, a maioria o fez na Área de Serviço Social, que em 2021 contava com 35 Programas de Pós-graduação credenciados na CAPES, sendo 20 com cursos de mestrado e doutorado, e 15 somente com curso de mestrado. Destaca-se que entre as assistentes sociais da pesquisa, 1,66% possuem Mestrado Profissional, modalidade não ofertada na Área do Serviço Social, e que há, por parte da ABEPSS e do CFESS, posicionamento crítico a essa modalidade, apontando a busca das profissionais por essa modalidade em outras áreas, como o setor saúde. (CFESS, 2022).

5.11 Mercado de Trabalho para Terapeutas Ocupacionais em Saúde Mental

O estudo do mercado de trabalho dos Terapeutas Ocupacionais no Brasil apresentou um desafio significativo quanto à consolidação das informações disponíveis. Na pesquisa bibliográfica realizada, não foi encontrado nenhum registro de artigos ou relatórios de âmbito nacional sobre o perfil desses profissionais. Apenas estudos específicos dos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Maranhão, puderam ser analisados. Além disso, uma consulta ao site do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) não revelou nenhuma menção a propostas de elaboração de censo demográfico ou outro documento que busque traçar um perfil da categoria profissional.

Essa ausência de estudos elaborados pelo COFFITO contrasta com outros conselhos profissionais, que têm como um de seus objetivos, a análise

do perfil dos profissionais e sua inserção no mercado de trabalho, visando contribuir para a formulação e regulação da profissão.

A análise dos dados do emprego formal dos Terapeutas Ocupacionais será baseada em informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). No entanto, assim como no Serviço Social, esses registros oficiais não apresentam subcategorias específicas para os Terapeutas Ocupacionais. No setor da saúde, esses profissionais ocupam principalmente campos como reabilitação e saúde mental, áreas que frequentemente se interseccionam.

Ao analisar os dados dos profissionais ativos no Conselho, observa-se que os Terapeutas Ocupacionais (TO) constituem uma das categorias com menor quantitativo de registros profissionais ativos, o que sugere desafios relacionados à fixação de profissionais nas diferentes regiões da federação, especialmente nas menos desenvolvidas ou mais remotas do país.

No panorama geográfico, nota-se uma concentração significativa de Terapeutas Ocupacionais na região Sudeste, que detém 49% da força de trabalho da categoria. Em seguida, a região Nordeste apresenta 24,32% dos profissionais, enquanto a região Sul registra 18,89%. Por outro lado, as regiões Norte e Centro-Oeste contam com uma representatividade menor, respondendo por apenas 6,01% e 6,42% dos TOs, respectivamente.

Tabela 26 - Distribuição de Terapeutas Ocupacionais por UF/CREFITO

UF/CREFITO	TOTAL
CREFITO 1 - Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Rio Grande do Norte	1.793
CREFITO 2 - Rio de Janeiro	1.468
CREFITO 3 - São Paulo	6.453
CREFITO 4 - Minas Gerais	2.131
CREFITO 5 - Rio Grande do Sul	1.155
CREFITO 6 - Ceará	1.792
CREFITO 7 - Bahia	476

CREFITO 8 - Paraná	991
CREFITO 9 -Mato Grosso	141
CREFITO 10- Santa Catarina	763
CREFITO 11 - Goiás e Distrito Federal Sede (Brasília)	960
CREFITO 12 -Pará, Amazonas, Tocantins, Roraima e Amapá	1.115
CREFITO 13 - Mato Grosso do Sul	245
CREFITO 14 - Piauí	152
CREFITO 15 - Espírito Santo	277
CREFITO 16 - Maranhão	682
CREFITO 17 - Sergipe	197
CREFITO 18 - Rondônia e Acre	144
TOTAL	20.935

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados fornecido pelo
COFFITO,2024

Analisando os dados do Censo do IBGE referentes ao período entre 2000 e 2010, é possível observar um aumento significativo no número de Terapeutas Ocupacionais formados e atuantes na profissão. Os Terapeutas Ocupacionais se destacam por sua relevância no contexto das profissões de saúde, juntamente com outras categorias que apresentam alta dependência das atividades de assistência direta à saúde.

De acordo com informações do COFFITO, em 2010, havia um total de 10.000 profissionais registrados, dos quais 6.701(67%) estavam ativamente empregados em estabelecimentos de saúde, segundo o Censo do IBGE. Esses números evidenciam a crescente demanda por profissionais qualificados nesse campo e a importância do trabalho dos Terapeutas Ocupacionais na prestação de serviços de saúde à comunidade. (GIRARDI, 2014)

Com base do estoque de emprego formal da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ano de 2021 e do quantitativo do de

profissionais ativos no COFFITO, temos uma percentual de 46,85 % de profissionais no emprego formal.

Tabela 27 - Distribuição de Emprego Formal da RAIS

Ano	Estoque	Celetista	Estatutário	Remuneração
				Média
2021	9.809	6.647	3.162	4.741,84
2020	9.124	6.124	3.142	4.723,98
2019	9.052	5.899	3.153	4.681,75
2018	8.495	5.425	3.070	4.538,89
2017	7.654	4.719	2.935	4.458,15
2016	7.224	4.423	2.801	4.346,14
2015	7.066	4.275	2.791	4.149,77

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2015/2021

Considerando os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2023, o percentual de Terapeutas Ocupacionais ocupados é de 56%. Entretanto quando consideramos os dados do CAGED sobre Terapeutas Ocupacionais, podemos observar um cenário que aponta queda no saldo de empregos ao longo do período analisado. Em dezembro de 2022, o saldo já estava negativo em 129, indicando mais demissões do que contratações. Em julho de 2023, embora o saldo negativo tenha diminuído para -37, ainda assim há mais demissões do que contratações. No entanto, em dezembro de 2023, o saldo negativo aumentou para -145, mostrando uma tendência de piora na situação do emprego para os Terapeutas Ocupacionais. Considerando a forte presença do profissional no setor de saúde, nas contratações sugere uma possível migração para outras formas de trabalho, como o autônomo ou o estabelecimento de consultórios particulares, onde possam atuar como pessoas jurídicas.

Essa migração pode ser influenciada por diversos fatores, como a busca por maior autonomia profissional, a flexibilidade de horários e até mesmo a busca por melhores condições financeiras. No entanto, é importante ressaltar

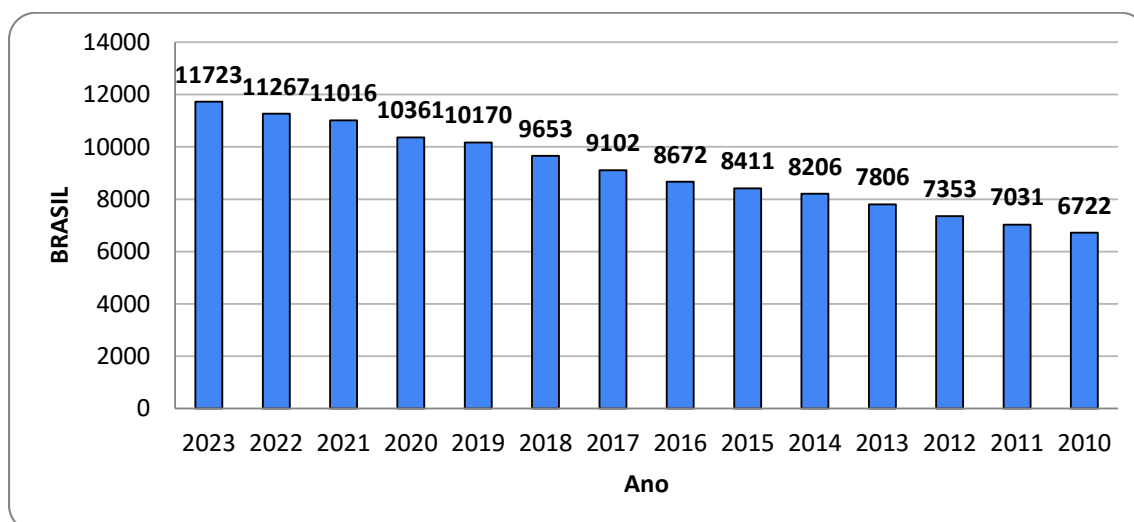
que essa mudança para o trabalho autônomo também pode trazer desafios, como a instabilidade financeira e a necessidade de gerenciar o próprio negócio.

Ao analisar o vínculo empregatício dos Terapeutas Ocupacionais na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), constata-se que a maioria desses profissionais está vinculada ao regime celetista, representando 67,76% do total, enquanto os estatutários correspondem a 32,24%. Isso indica uma predominância do setor privado ou de instituições que adotam o regime celetista de contratação entre os Terapeutas Ocupacionais.

Na pesquisa sobre o perfil dos Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul, constatou-se que 51,9% dos participantes trabalham em instituições públicas. Além disso, 16,7% atuam em instituições filantrópicas, 16,7% como autônomos, 13% em instituições privadas e 1,9% estão envolvidos em programas de residência multiprofissional (Graeber, 2018).

Essa constatação reforça a relevância dos profissionais de Terapia Ocupacional no contexto da saúde pública, bem como a diversidade de inserções profissionais dentro desse campo.

Gráfico 11 - Série Histórica do CNES da TO



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da CNES/MS 2010/2021

A série histórica do emprego no setor de saúde dos Terapeutas Ocupacionais, conforme registrado no CNES de 2010 a 2023 revela uma evolução no número de profissionais ocupados. Entretanto, considerando a

expansão da Rede de Atenção Psicossocial ao longo da última década, o aumento no número de Terapeutas Ocupacionais empregados no setor de saúde, aponta para uma lacuna entre a oferta e a demanda por serviços de saúde mental. Essa lacuna sugere uma escassez de força de trabalho para atender plenamente às necessidades do mercado nesse campo específico.

Segundo Graeber (2018), uma pesquisa realizada revelou uma baixa taxa de desemprego entre os Terapeutas Ocupacionais, corroborando com estudos que apontam para um baixo índice de desemprego entre os profissionais registrados nos conselhos profissionais, como o CREFITO 5. Esses achados são consistentes com a crescente inserção da Terapia Ocupacional no mercado de trabalho, como observado por De Camargo (2017) em sua pesquisa sobre a distribuição dos profissionais no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. O aumento no número de Terapeutas Ocupacionais atuando na rede de serviços de saúde pode ser atribuído à expansão dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, inclusive no estado do Rio Grande do Sul. Esses dados indicam uma demanda crescente por profissionais qualificados nessa área, contribuindo para a baixa taxa de desemprego na profissão (Graeber, 2018).

Tabela 28 - Média de Remuneração por Gênero

Sexo	Remuneração	
	Total	Média
Feminino	9.059	4.164,20
Masculino	909	3.995,70

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2021

Nos estudos regionais sobre o Perfil das Terapeutas Ocupacionais, Graeber,(2018), Figueredo et al(2018), Bezzerá (2009) e Mariotti et al,(2016), apontam a grande prevalência do gênero feminino na profissão, com percentuais acima dos 90% . Considerando o emprego formal da RAIS as profissionais mulheres são 90,88%. Outra disparidade que apresenta diferente das demais profissões de saúde é a Renda Média das TOs mulheres ser maior que a masculina.

No estudo de Graeber (2018) sobre o perfil das TOs do Rio Grande do Sul, revelou que a maioria dos Terapeutas Ocupacionais é composta por jovens, com idades entre 20 e 30 anos, representando um percentual significativo de 79,2%, considerando que o estudo privilegiou os profissionais formados nos últimos dez anos, o que naturalmente incluiria uma proporção maior de jovens na amostra.

Ressalta a autora que semelhantes foram observados em pesquisas anteriores, identificando uma predominância de profissionais jovens, com idades entre 21 e 40 anos. Esse padrão foi justificado pelo tempo de formação dos participantes da pesquisa, sendo que 67% concluíram seus cursos nos últimos 10 anos. (Graeber, 2018)

Tabela 29 - Média de Remuneração por Gênero

Raça/Cor	Remuneração	
	Total	Média
Preto	39	3.279,93
Pardo	169	3.459,86
Indígena	1	-
Branca	287	3.607,42
Não Informado	399	4.469,67
Amarela	2	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE 2021

Ao analisar o perfil de raça/cor dos Terapeutas Ocupacionais em relação à remuneração média, observa-se uma tendência em que a maioria dos profissionais se declara branco, representando 40% da amostra, seguido por pardos, com 18,84%, e pretos, com 4,34%.

No entanto, ao considerar a remuneração média, percebe-se uma disparidade entre os grupos raciais. Os profissionais brancos apresentam uma remuneração média maior em comparação com os profissionais negros/pardos. Essa discrepância salarial pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo questões estruturais relacionadas à discriminação racial no mercado de

trabalho, oportunidades desiguais de emprego e acesso limitado a recursos educacionais e profissionais.

Sobre a área de atuação, na análise de Graeber (2018), observa-se que a maioria dos Terapeutas Ocupacionais da amostra atua em diversas áreas, com destaque para o campo da saúde mental, representando 29,2%, e na área da infância, com 23,1%. Esses resultados estão em concordância com o estudo de Mariotti (2016) realizado no estado do Paraná, que também aponta o setor da saúde mental como o principal campo de atuação dos Terapeutas Ocupacionais.

A autora enfatiza que a presença marcante da Terapia Ocupacional na saúde mental é histórica, influenciada diretamente pela psiquiatria, que tradicionalmente utilizava a ocupação e o trabalho como parte essencial da terapêutica asilar nas instituições. Essa predominância da atuação em saúde mental no estado do Rio Grande do Sul reflete a tradição estabelecida da profissão nessa área, como demonstrado pelos resultados desta pesquisa.

No que diz respeito aos níveis de atenção à saúde, destaca-se que 43,4% dos profissionais atuam na atenção secundária, seguidos por 35,8% na atenção primária e 20,8% na atenção terciária. Esses dados evidenciam a distribuição dos Terapeutas Ocupacionais em diferentes contextos de cuidado, refletindo sua presença em diversas etapas do sistema de saúde e sua contribuição para a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos pacientes. (Graeber, 2018)

5.12 Formação da Terapia Ocupacional no Brasil

Ao longo das décadas de 1990 e 2000, a formação das profissões de nível superior no Brasil apresentou duas tendências distintas, conforme apontado por Girardi (2014). Na primeira tendência, observa-se um crescimento moderado de cursos e vagas, com ingressos e egressos acompanhando essa tendência, sem grandes diferenças quantitativas entre as

profissões. No entanto, a segunda tendência, iniciada no final dos anos 1990, caracterizou-se por um crescimento mais vigoroso desses indicadores, com um distanciamento entre as profissões. Profissões como Educação Física, Ciências Biológicas e Enfermagem foram as que mais se destacaram, apresentando os maiores números de cursos e vagas.

No contexto específico da Terapia Ocupacional, observa-se uma expansão mais modesta. Embora o número de cursos e vagas tenha aumentado, foi em menor escala se comparado a outras profissões como Biomedicina, Fisioterapia, Enfermagem e Nutrição. Essa expansão mais contida pode ser evidenciada pelo crescimento do número de cursos de Terapia Ocupacional de 1.110 para 3.823 ao longo do período analisado. Além disso, houve um aumento no percentual de não preenchimento de vagas (22,5%) e no não aproveitamento dos cursos (61,3%) da Terapia Ocupacional, refletindo uma demanda relativa menor por esses cursos e um aumento relativo no número de alunos que não concluíram o curso no tempo médio esperado

A preocupação com o crescimento da graduação em Educação a Distância (EaD) também é evidente, como ressaltado na Ata do GT EaD na Graduação de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do COFFITO em novembro de 2023. A Portaria Nº 2.117 do Ministério da Educação autoriza que até 40% da carga horária total dos cursos presenciais seja realizada a distância. Isso resultou em um aumento expressivo de cursos nessa modalidade, correspondendo a 15,2% da oferta do curso de Terapia Ocupacional, de acordo com dados disponíveis na plataforma E-mec do Ministério da Educação. Essa tendência levanta questões sobre a qualidade e a adequação do ensino à distância para a formação de profissionais em Terapia Ocupacional no Brasil. (COFFITO,2023)

Tabela 30: Distribuição da Graduação Presencial da Terapia Ocupacional

Ano	Público	Privado	Total
1991	05	02	07
2019	20	29	49
2022	21	35	56
2023	23	49	72

Fonte: elaborado pelo autor com base na Ata COFFITO, 2023

Tabela 31 - Distribuição da Graduação EAD da Terapia Ocupacional

Ano	Privado
2018	01
2022	05
2023	11

Fonte: elaborado pelo autor com base na Ata COFFITO, 2023

Adicionalmente, ressalta o ata, o Censo da Educação Superior de 2022 que revela que os cursos da área da Saúde são os mais procurados pelos estudantes. Essa demanda tem impulsionado as instituições de ensino superior privadas a competirem entre si, muitas vezes focadas em aspectos mercadológicos em detrimento da qualidade educacional. Essa competição desleal e improdutiva tem forçado até mesmo cursos tradicionais a se reestruturarem para acompanhar essa concorrência, o que pode impactar negativamente na qualidade do ensino. Além disso, a educação a distância tem sido utilizada mais como uma estratégia para reduzir os custos das mensalidades do ensino superior do que para efetivamente ampliar o acesso à educação. Isso ocorre porque a EaD muitas vezes é escolhida por jovens e adultos com menor faixa de renda, egressos de escolas públicas e que já estão há algum tempo afastados dos estudos formais, o que pode comprometer a qualidade do ensino oferecido nessa modalidade. (COFFITO,2023)

Em relação à pós-graduação em Terapia Ocupacional, conforme as pesquisas de Graeber (2018) e Mariotti (2016) revela uma tendência predominante de profissionais que buscam programas de pós-graduação e residência na área de *latu sensu*. No entanto, em relação à formação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), observa-se um número reduzido de mestre e doutor ou profissional ainda em processo de formação.

No contexto do Rio Grande do Sul, especificamente, 52% dos profissionais possuem residência na área da saúde, enquanto na especialização *lato sensu*, 18,9% optam pela área de Saúde Mental, 9,4% pela Saúde Coletiva e 1,9% pela Infância. Em relação à pós-graduação *stricto sensu*, 17% possuem mestrado e 5,7% estão em processo de doutorado. (Graeber, 2018)

Esses dados se assemelham aos resultados encontrados por Marioti (2018) em sua análise no Paraná. Na pós-graduação *latu sensu*, a maioria dos profissionais (60,7%) relatou ter cursado ou estar cursando especialização, com uma prevalência significativa a partir de 2011. Quanto à distribuição por área de especialização, 30,4% dos profissionais optaram pela Saúde Mental e 11,1% pela Saúde Coletiva. (Marioti,2018)

No entanto, a formação em *stricto sensu* apresenta números menos expressivos. Apenas 10,1% dos profissionais cursaram ou estão cursando mestrado, com uma maior ocorrência a partir de 2011. O índice de doutores ou doutorandos é ainda menor, representando 2,1% dos profissionais, com titulação ou processo de titulação iniciado a partir de 2006.

Destaca autora que a escassez de formação em *stricto sensu* na área pode estar relacionada à falta de professores doutores de Terapia Ocupacional como orientadores de programas de mestrado e doutorado. Além disso, a concentração de grupos de pesquisa registrados no Diretório de Pesquisa do CNPq na região sudeste do Brasil pode contribuir para essa carência de pesquisadores na área em outras regiões do país, como evidenciado pela pesquisa realizada na região central do Rio Grande do Sul. Esses dados ressaltam a importância de fortalecer a formação em níveis mais avançados na área da Terapia Ocupacional para promover o desenvolvimento e a qualificação profissional. (Graeber, 2018)

A Resolução nº 445 de 26 de abril de 2014, emitida pelo COFFITO, representa um marco regulatório importante para a prática da Terapia Ocupacional no Brasil. Ao estabelecer os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais em diversas modalidades de atendimento, essa resolução fornece diretrizes claras e específicas para os profissionais da área.

A Resolução nº 445 representa um avanço significativo na regulamentação da prática da Terapia Ocupacional, fornecendo um conjunto claro de diretrizes para orientar os profissionais e garantir a qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes.

6. ESTUDO DE CASO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS DA COORDENAÇÃO DA ÁREA PROGRAMÁTICA 5.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo busca analisar o cenário do mercado de trabalho do setor público da CAP 5.1 do perfil profissional e sociodemográfico dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Coordenação da Área Programática 5.1, que é uma regional de saúde do Município do Rio De Janeiro.

A área programática abrange duas regiões administrativas, Bangu e Realengo, e possui uma população de aproximadamente 636.735 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico de 2022. Uma área que possui 122,36 Km² de extensão e está dividida em duas regiões administrativas: a XVII RA (Bangu), composta pelos bairros Padre Miguel, Bangu, Senador Camará e Gericinó e a XXXIII RA (Realengo), composta por 11 bairros: Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos e Realengo. Localizada em uma região de importantes eixos de transporte, como a Av. Brasil e o Ramal Santa Cruz dos trens metropolitanos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da CAP 5.1 atualmente apresenta a seguinte configuração:

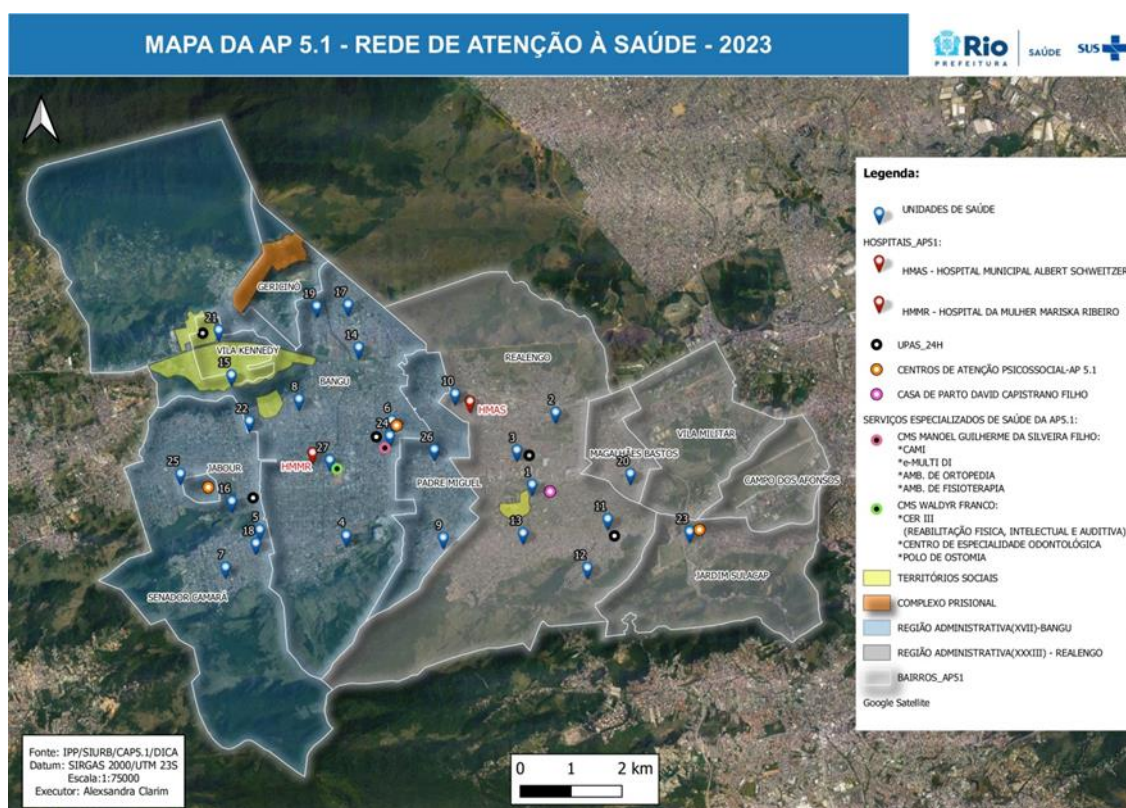
- a) Rede de Atenção Primária: 11 Centros Municipais de Saúde e 16 Clínicas da Família, totalizando 27 unidades básicas de saúde, 01 Equipe de Consultório na Rua (eCR), 15 Equipes Multiprofissionais (NASF), 15 Equipes de Saúde Prisional
- b) 01 Policlínica
- c) 01 Centro Especializado de Reabilitação (CER),
- d) 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- e) 04 Ambulatórios de Saúde Mental
- f) 02 Centros de Atenção Psicossocial adulto e 01 infantil
- g) 06 Serviços Residenciais Terapêuticos

- h) 06 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- i) 02 Hospitais Gerais
- j) 01 Casa de Parto
- k) 01 Emergência Psiquiátrica

Destaca-se no território abrangido pela CAP 5.1 a presença de diversos serviços de saúde, uma vez que uma parte desse território é ocupada por uma área militar e um complexo prisional, ambos com estruturas e gestões próprias.

- a) 01 Hospital Penitenciário
- b) 01 Hospital da Aeronáutica

Mapa 1 - Rede de Atenção à Saúde da CAP 5.1



Fonte: Elaborado pela Divisão de Informação, Controle e Avaliação / DICA - CAP 5.1, 2024

A Zona Oeste do Rio de Janeiro, especialmente os bairros de Realengo e Bangu, apresenta uma série de desafios socioeconômicos e de infraestrutura que impactam diretamente a vida de seus habitantes. Essa região, diferentemente de áreas mais privilegiadas da zona oeste, como Barra da Tijuca, Recreio e Jacarepaguá, muitas vezes é negligenciada quando se trata de investimentos públicos e políticas prioritárias.

Historicamente, a Zona Oeste remonta aos tempos da colonização portuguesa, quando vastas extensões de terra eram ocupadas por engenhos e fazendas. Com o passar do tempo, essas propriedades foram fragmentadas, dando origem aos bairros e localidades que conhecemos hoje. Realengo e Bangu surgiram a partir da fragmentação de antigas fazendas, como os Coqueiros e a do Viegas, respectivamente.

No entanto, apesar de sua rica história, a Zona Oeste enfrenta uma série de problemas contemporâneos. O transporte público na região não acompanhou o crescimento populacional, deixando os moradores dependentes de um sistema inadequado e ineficiente. O sistema ferroviário, que poderia ser uma opção viável, enfrenta problemas de infraestrutura e gestão que prejudicam sua eficácia.

A região apresenta um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, marcado por um longo período de desassistência das políticas públicas. Na área da saúde, embora existam hospitais e unidades de saúde, a oferta de serviços é comprometida pela falta de profissionais qualificados e pela dificuldade de fixação desses profissionais devido às condições precárias de transporte e segurança. Além disso, a Zona Oeste é conhecida por ser o berço das milícias e do tráfico, o que contribui para um ambiente de insegurança generalizada.

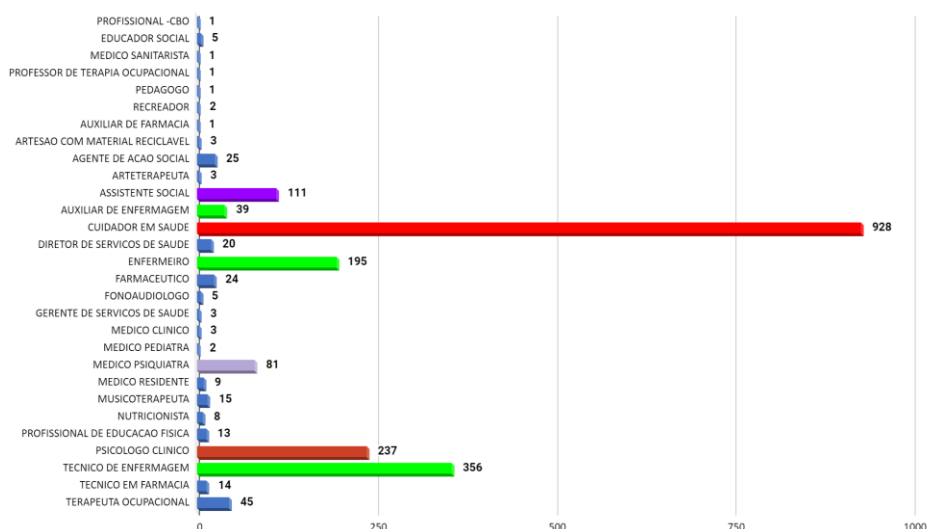
Com a expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, Brasil, muitas equipes de saúde estão lotadas em territórios onde a violência armada está instituída, repercutindo de forma negativa no processo de trabalho das equipes. A violência surge também como ponto de insatisfação no trabalho para alguns profissionais de saúde que não se sentem seguros para atuarem

nesses espaços permeados por conflito armado, o que produz alta rotatividade e dificuldades de fixação de profissionais nesse contexto.

Esses desafios socioeconômicos e de infraestrutura têm um impacto direto na qualidade de vida dos moradores de Realengo, Bangu e outros bairros da região. A falta de investimento em políticas públicas eficazes perpetua esses problemas e dificulta a busca por soluções sustentáveis.

Ao compararmos a Rede de Atenção Psicossocial do Município de diferentes regionais de saúde, podemos observar disparidades da distribuição da força de trabalho em saúde mental.

Gráfico 12 - Perfil das Equipes dos Centros de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro

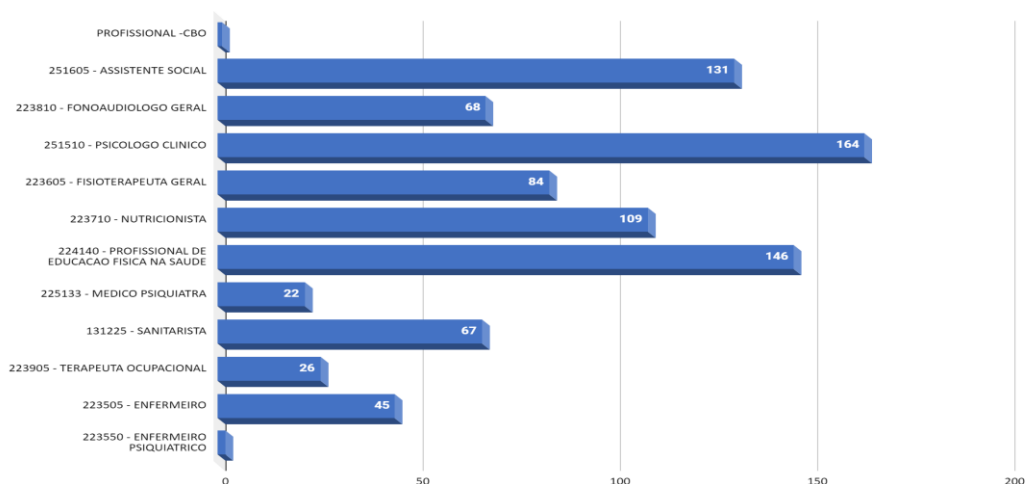


Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Quando analisamos o perfil dos profissionais que compõem as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Multiprofissionais (eMulti), observamos que o quantitativo de cuidadores de saúde que atuam nos Serviços Residenciais Terapêuticos se destaca, seguido por psicólogos, assistentes sociais e equipe de enfermagem, que são as categorias mais prevalentes. Essa composição das equipes reflete a diversidade do campo da saúde mental, que é uma área interdisciplinar e multiprofissional, com ênfase na abordagem realizada por equipes multidisciplinares e que se expande para

ações e intervenções intersetoriais, que demandam saberes e prática para além das fronteiras da saúde (Dal Poz, 2012).

Gráfico 13: Perfil das Equipes Multiprofissional Município do Rio de Janeiro



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Quando comparamos a distribuição da força de trabalho de Saúde Mental (40 horas) pelas diferentes áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, podemos observar uma desigualdade na distribuição das horas de trabalho. As regiões mais centrais e privilegiadas apresentam uma maior concentração de trabalhadores em comparação com as regiões periféricas.

A distribuição das horas de trabalho dos psiquiatras também revela uma disparidade entre as diferentes regiões, com uma defasagem mais acentuada na zona oeste. No entanto, destaca-se uma predominância significativa na CAP 2.1, região localizada na zona sul da cidade, que historicamente abriga o Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel, o Instituto de Psiquiatria, além de uma extensa rede hospitalar e de ambulatórios.

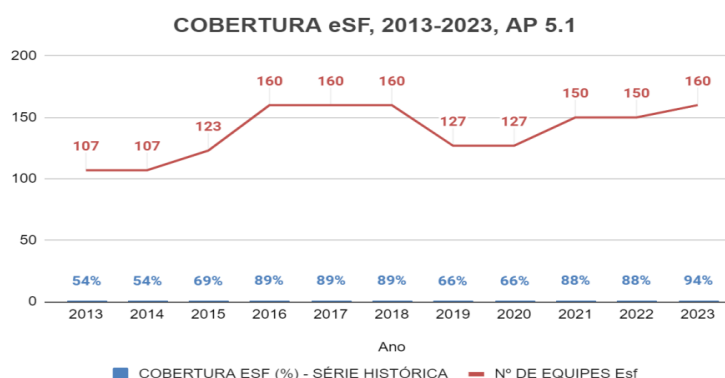
Tabela 32 - Distribuição da Força de Trabalho por Área Programática por 40h

Profissionais										
Saúde										
Mental - FTS										
40h	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3
Assistente										
Social	60	52	22	60	56	63	52	55	33	38
Enfermeiro	5	56	6	49	55	29	43	15	21	8
Psicólogo	46	71	32	79	67	70	68	76	50	29
Psiquiatra	7	33	4	2	7	3	9	4	3	4
Terapeuta										
Ocupacional	8	14	8	17	10	13	16	8	12	10
TOTAL	126	226	72	207	195	178	188	162	119	89

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

A CAP 5.1 apresenta uma cobertura de saúde da família de 94%, e todas as equipes contam com médicos, o que foi viabilizado em grande parte pelo Programa Mais Médicos (PMM) do Ministério da Saúde. Este programa tem como objetivo principal suprir a carência de profissionais de saúde em regiões onde sua presença é escassa ou ausente. No entanto, surge um desafio adicional para os profissionais do PMM, uma vez que muitos deles não tiveram contato teórico e prático com o Sistema Único de Saúde (SUS) durante sua formação acadêmica, assim como as fragilidades na formação dos médicos nas faculdades privadas brasileiras.

Gráfico 14 - Cobertura Estratégia de Saúde da Família, 2013 – 2023



Fonte: CNES, Dezembro de 2023.

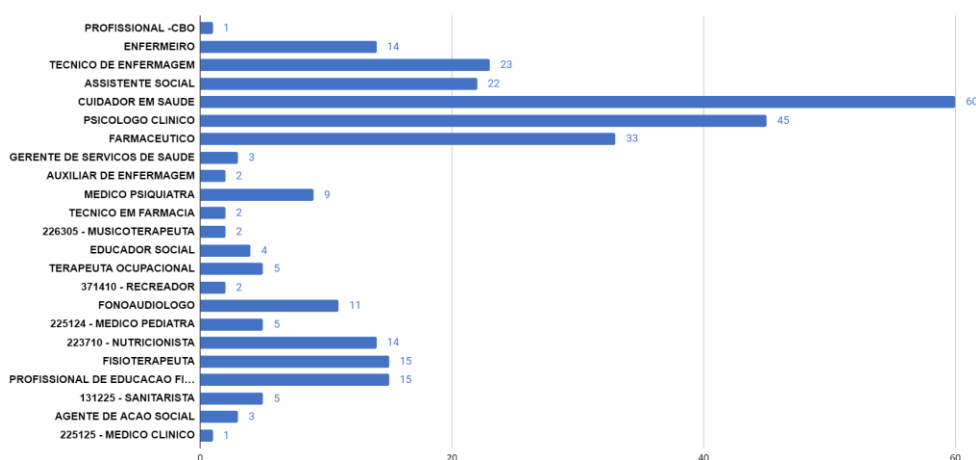
Para a análise do Perfil Sociodemográfico, foi aplicado um questionário eletrônico com o objetivo de levantar informações sobre os profissionais de Saúde Mental que atuam nos serviços de Saúde Mental (CAPS, Ambulatórios e RTs), do NASF e Equipe de Consultório na Rua da CAP 5.1. A escolha metodológica busca a possibilidade de comparação entre o mesmo conjunto de perguntas, de modo que as diferenças entre os respondentes reflitam suas características individuais e não variações nas questões em si. Destaca-se entre as vantagens da aplicação de um questionário eletrônico a maior liberdade nas respostas, devido ao anonimato, o que evita possíveis vieses do pesquisador, além de proporcionar respostas rápidas e precisas. Entre as possíveis desvantagens está a dificuldade de compreensão da pergunta por parte do respondente na ausência do pesquisador.

Os resultados deste estudo são baseados nas respostas de 111 trabalhadores, do total de 295 profissionais que constam no CNES e atuam na RAPS da CAP 5.1. A partir desses resultados, será possível obter uma visão mais abrangente do perfil sociodemográfico dos profissionais de Saúde Mental.

Ao analisar o cargo/categoria declarado pelos profissionais da RAPS da CAP 5.1, podemos observar a diversidade de trabalhadores, reforçando a multidisciplinaridade como potência para intervenção no cuidado na Saúde Mental.

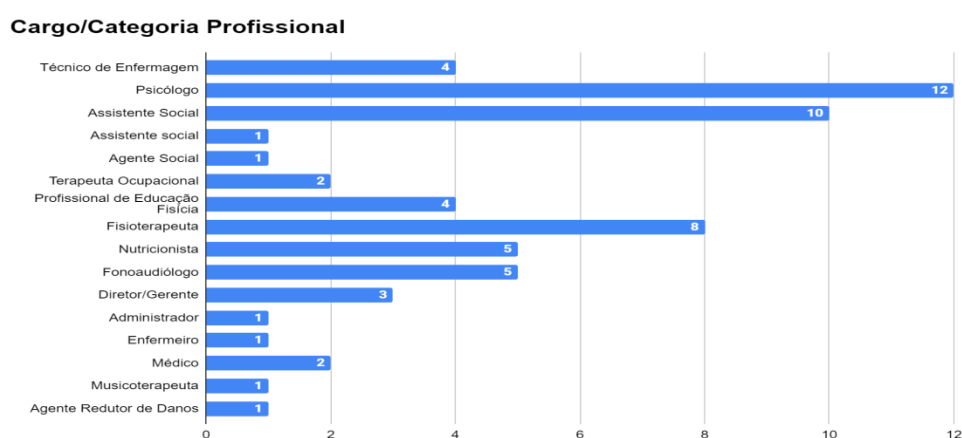
Ao analisar o cargo/categoria declarado pelos profissionais da RAPS da CAP 5.1, podemos observar uma diversidade semelhante de trabalhadores em relação aos da SMSRJ, reforçando a multidisciplinaridade como potência para intervenção no cuidado na Saúde Mental. A prevalência da equipe de cuidadores de saúde e de Enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos reforça a relevância dessas categorias no cuidado em saúde mental. Entretanto, o baixo quantitativo de terapeutas ocupacionais, psiquiatras, musicoterapeutas e fonoaudiólogos não significa baixa demanda por essas profissões, mas sim dificuldades de fixação e escassez da força de trabalho.

Gráfico 15 - Distribuição de Profissionais que atuam nos CAPS, RTs, eMulti e eCR



Fonte: Elaborado pelo autor conforme dados CNES, 2023

Gráfico 16 - Perfil da Amostra dos Profissionais de Saúde Mental por Cargo/Categoria/Profissional



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

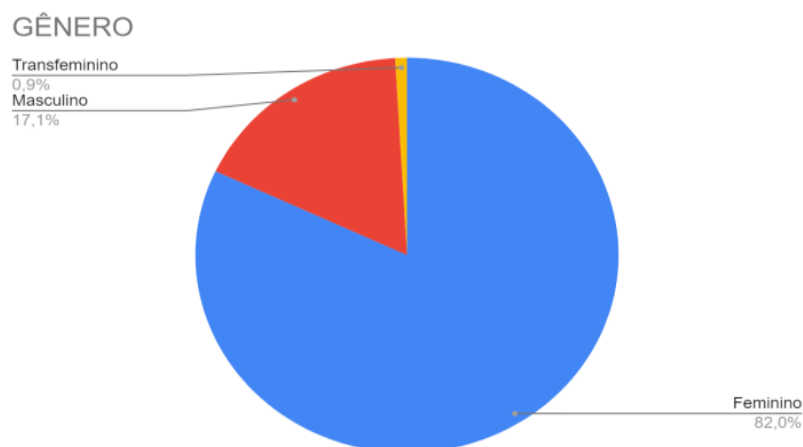
6.1 Análise do Perfil dos Profissionais de Saúde Mental da Coordenação da Área Programática 5.1 (CAP 5.1)

O questionário eletrônico coletou dados de dezembro de 2023 a fevereiro de 2024, por meio de questionário autoaplicável com 36 questões, obtendo 111 respondentes dos quais, destacamos os principais resultados.

7. IDENTIDADE DE GÊNERO

Neste subitem apresentaremos, a partir das respostas dos agentes, a auto identificação de gênero. Dos profissionais que participaram da pesquisa, 84% são do gênero feminino, 17% masculino e 0,9% do transfeminino. A maioria dos profissionais se declara do gênero feminino, o que corrobora a percepção da caracterização da profissão da análise das profissões do capítulo anterior da maior predominância feminina no setor saúde, que se mantém no campo da saúde mental.

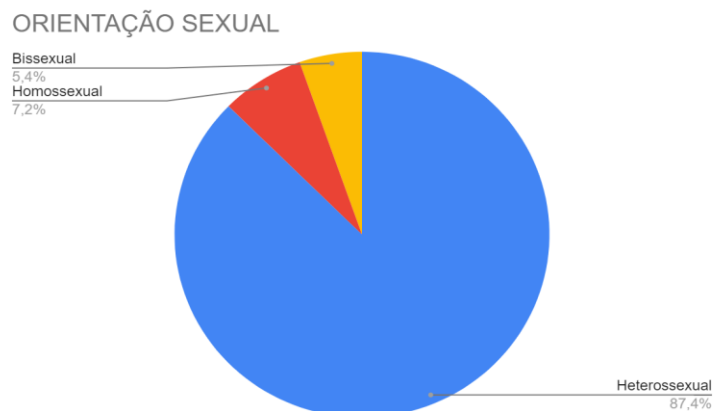
Gráfico 17 - Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Identidade de Gênero



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Com relação à orientação sexual dos participantes da pesquisa, observou-se uma predominância significativa de 87,4% que declararam ser heterossexuais. Por outro lado, uma parcela de 7,2% dos participantes identificou-se como homossexuais, enquanto 5,4% relataram ser bissexuais.

Gráfico 18 - Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Orientação Sexual



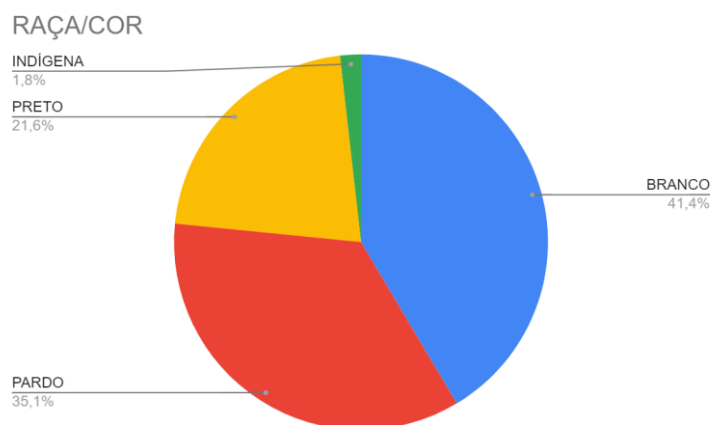
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Apesar da amostra apresentar uma diversidade de gênero e orientação sexual, com a presença de pessoas com outras identidades de gênero e orientação sexual, embora em número reduzido. Um dos desafios do SUS e da Saúde Mental é garantir o acesso aos serviços de saúde da população LGBTQIAP+, com um acolhimento livre de preconceitos e barreiras. A presença de profissionais de saúde com outras identidades de gênero e orientação sexual pode auxiliar nesse processo.

Ao reconhecer e valorizar a multiplicidade de identidades e experiências, as organizações podem criar ambientes mais acolhedores e equitativos para todos os colaboradores. A inclusão de pessoas de diferentes gêneros e orientações sexuais não apenas promove a igualdade de oportunidades, mas também enriquece o ambiente de trabalho, estimulando a criatividade, a inovação e a colaboração.

8. PERFIL ÉTNICO RACIAL

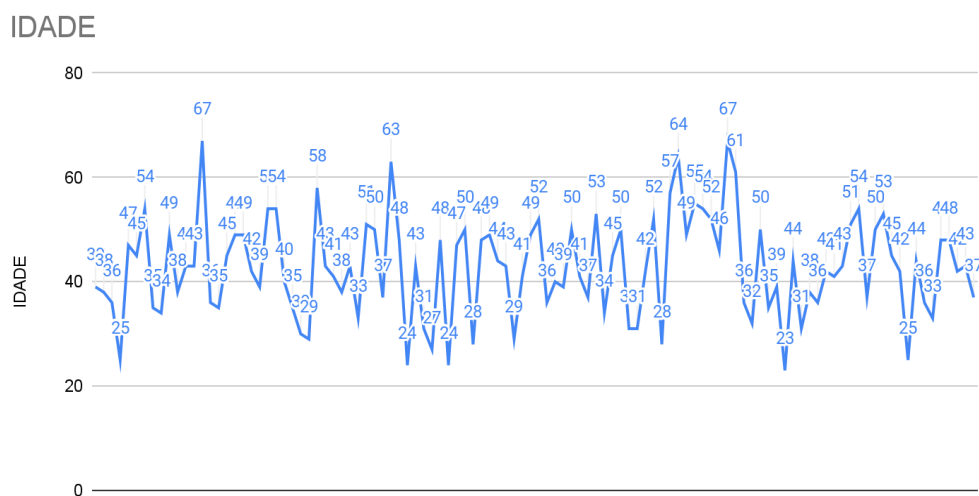
Gráfico 19 - Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Perfil Étnico Racial



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Sobre o perfil étnico-racial dos profissionais, os dados indicam que 56,7% se auto reconhecem como de cor/raça preto/pardo. Na sequência estão os profissionais autodeclarados brancos com 41,4%. Destaca-se a presença de dois (2) profissionais que se autodeclararam indígenas (1,8%).

Gráfico 20- Perfil dos Profissionais de Saúde Mental por Idade



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Os dados demonstram que a maioria dos profissionais está na faixa etária de 41 a 60 anos, representando 55% do total. Em seguida, temos a faixa etária de 20 a 40 anos, com 39,63% dos profissionais, e, por último, com 15,3%, estão os profissionais com 61 anos ou mais.

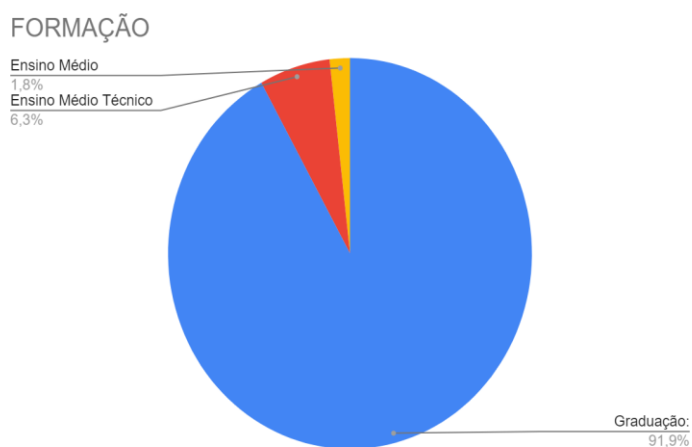
8.1 Nacionalidade/Naturalidade

Com relação à nacionalidade e naturalidade da força de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial da CAP 5.1, todos os profissionais declararam ser brasileiros, sendo que 91% são naturais do Rio de Janeiro. Quatro profissionais são da região Nordeste, três da região Sudeste, e um da região Norte e Centro-Oeste.

8.2 Formação e Titulação dos Profissionais de Saúde Mental

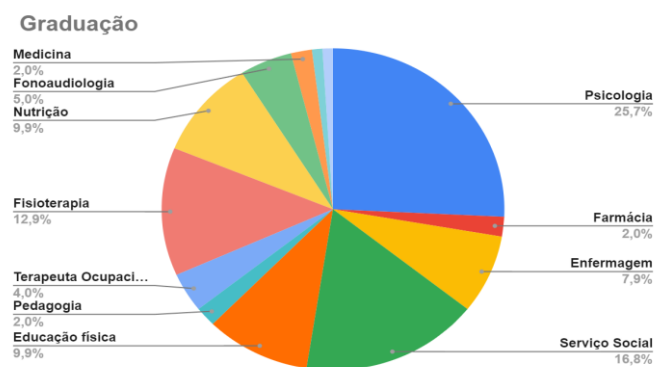
Nessa etapa foi questionado sobre a formação dos trabalhadores da RAPS, buscando compreender os diferentes níveis de formação, seja do nível médio e/ou superior, instituição de formação e de pós-graduação.

Gráfico 21 - Percentual de Formação Ensino Médio



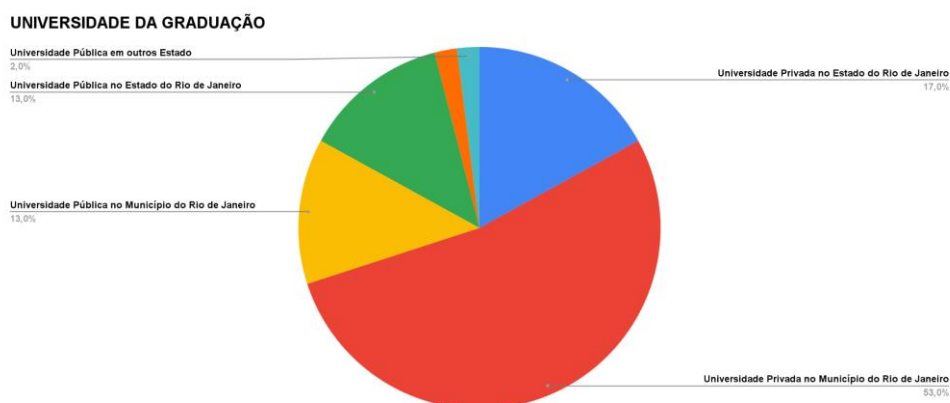
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Gráfico 22 - Percentual de Formação Ensino Superior



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Gráfico 23 - Percentual das Instituições de Graduação dos Profissionais de Saúde Mental



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Entre os participantes, nota-se uma distribuição diversificada em termos de formação acadêmica. Todos os profissionais de nível médio (09) possuem formação como Técnicos de Enfermagem, enquanto a maioria dos demais trabalhadores possui formação de nível superior. Dentre estes, destacam-se profissionais graduados em Psicologia (26), Serviço Social (15), além de Profissionais de Educação Física e Nutrição (10).

Quanto à instituição onde realizaram a graduação, os dados revelam uma variedade de origens educacionais. Treze participantes cursaram em universidades públicas no município do Rio de Janeiro, outros 13 em universidades públicas no estado do Rio de Janeiro e 2 em universidades públicas fora do estado. A maior concentração das graduações ocorreu em universidades privadas no município do Rio de Janeiro (53), enquanto 17 frequentaram universidades públicas no estado e 2 fora do estado.

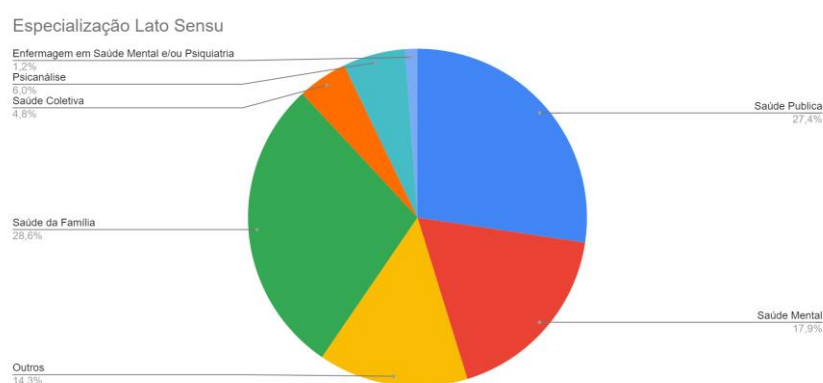
Com relação ao tempo de conclusão da graduação, houve uma distribuição variada. Dez participantes finalizaram a graduação entre 2 e 10 anos atrás, 2 entre 2 e 4 anos, 7 entre 4 e 8 anos, 11 entre 8 e 12 anos, 23 entre 12 e 20 anos, e 8 há mais de 20 anos. Essa diversidade de trajetórias educacionais e temporais reflete a pluralidade de experiências e ao mesmo tempo reforça a presença na formação dos trabalhadores do SUS das Universidades Privadas, que necessita uma melhor análise.

Os profissionais foram questionados sobre se consideravam que a graduação foi suficiente para enfrentar os desafios do exercício profissional. Dos entrevistados, uma parcela significativa, correspondente a 52,3%, afirmou que a formação acadêmica atende adequadamente às demandas profissionais. No entanto, outra parte expressou uma visão mais crítica, indicando que a graduação foi apenas intermediária (36,9%) ou mesmo insuficiente (8,1%) para lidar com esses desafios.

8.3 Pós-Graduação

Dos 84 participantes que relataram ter concluído uma Especialização Lato Sensu, observa-se uma distribuição significativa nas áreas de Saúde Pública (27,4%), Saúde Mental (17,9%) e Psicanálise (6,0%). Notavelmente, a Especialização em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, representando 1,2% das respostas, indica um interesse específico na formação dentro da própria categoria profissional.

Gráfico 24 - Percentual da Modalidade de Especialização Lato Sensu



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

No que se refere à Pós-Graduação Stricto Sensu, apenas 10 profissionais informaram possuir essa titulação. Destes, a maioria está

relacionada à área de Saúde Pública (50%), seguida por Saúde Mental (30%), Psicanálise (10%) e Psicologia Clínica (10%). Esses números revelam uma tendência dos profissionais em buscar uma formação mais especializada e acadêmica, o que pode indicar um interesse crescente na pesquisa e na produção de conhecimento científico no campo da saúde mental.

Além disso, 17 profissionais responderam ter feito Residência, dos quais 07 em Saúde Mental e apenas 04 na Residência nos Institutos de Psiquiatria do Município. Houve também 04 em Saúde da Família, 01 em Saúde Pública e 01 em Pediatria.

É crucial destacar a ausência e o baixo número de residentes de saúde mental e de Psiquiatria nos serviços da RAPS da CAP 5.1, apesar de ser campo de formação. Esse cenário aponta para desafios na captação de profissionais qualificados para integrarem a rede de atenção psicossocial.

Quanto aos participantes com titulação de Doutorado, o número é mais reduzido, com apenas 4 profissionais titulados. Dentre estes, 50% possuem formação em Saúde Pública, enquanto os outros 50% estão distribuídos em diversas áreas (Outros). Essa baixa representatividade de profissionais com Doutorado pode indicar tanto uma limitação de oportunidades para a realização desse nível de formação quanto um interesse ainda incipiente nessa modalidade acadêmica entre os profissionais da saúde mental.

8.4 Relação com o Mercado de Trabalho

Ao serem questionados sobre quanto tempo após formados, passaram atuar na profissão, 65,2% declaram que iniciaram a prática profissional até uma ano após formado, sendo 40,3% já no primeiro semestre.

Gráfico 25 - Percentual do Tempo depois de formado que iniciou a atuação profissional



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

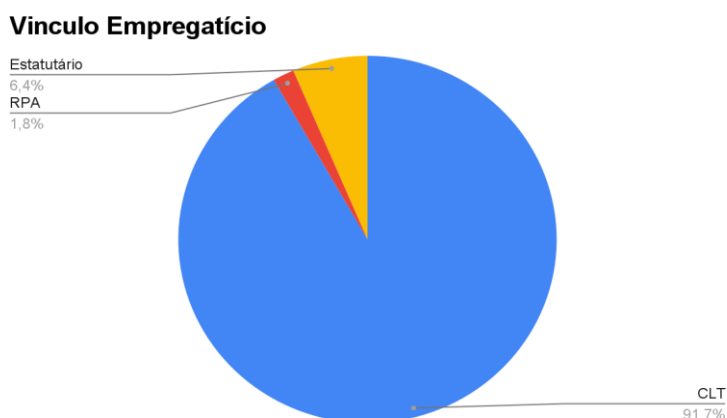
Com relação ao tempo de atuação na profissão, observa-se uma distribuição variada dos profissionais. Cerca de 23,6% têm até 2 anos de experiência, enquanto 6,4% possuem entre 2 e 4 anos de atuação. A faixa de 4 a 8 anos conta com 11,8% dos profissionais, seguida por 22,7% que atuam de 8 a 12 anos. Entre 12 e 20 anos de serviço, encontramos novamente 23,6% dos profissionais, e 11,8% têm mais de 20 anos de experiência na profissão.

No que se refere ao vínculo profissional, destaca-se a predominância dos profissionais que atuam na Atenção Psicossocial da CAP 5.1, os quais possuem vínculo celetista (91,7%), geralmente por meio de terceirização via Organização Social. Apenas uma pequena parcela dos entrevistados (6,4%) declarou ser servidor público.

Sobre a preferência de atuação profissional, todos os profissionais entrevistados (100%) declaram preferir atuar no setor público.

Além disso, 36 profissionais declaram possuir segundo vínculo, sendo que 41,7% atuam no setor público e 58,3% no setor privado. Entre esses profissionais, 22 declaram também possuir uma segunda profissão, sendo 27,3% na área da saúde e 72,7% em outros campos de atuação profissional.

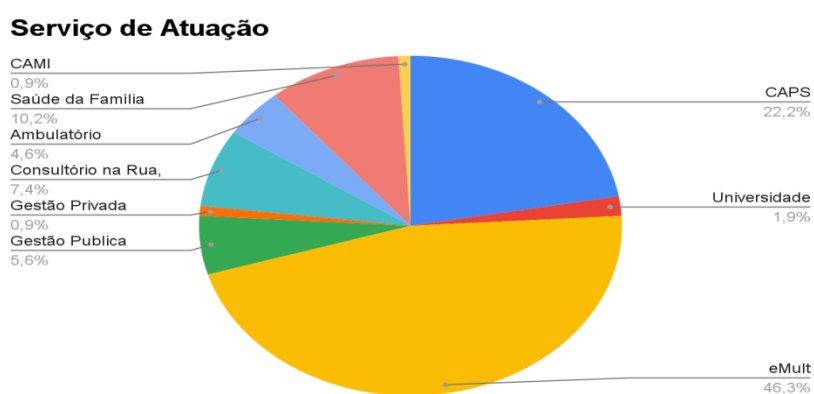
Gráfico 26 - Percentual dos profissionais por vínculo



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Dos participantes, observa-se que a maioria dos profissionais atuam nos CAPS e nas equipes eMulti (68,5%), que são os serviços com o maior contingente de profissionais. Os demais serviços apresentam uma representação menor na amostra, porém proporcional ao número de trabalhadores que atuam nesses setores de saúde mental.

Gráfico 27 - Percentual dos profissionais por serviço de atuação



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Em relação ao rendimento mensal, os dados revelam uma distribuição variada entre os profissionais. Cerca de 39,1% têm uma renda mensal situada entre R\$4.501,00 e R\$6.000,00, enquanto 31,8% recebem entre R\$3.001,00 e

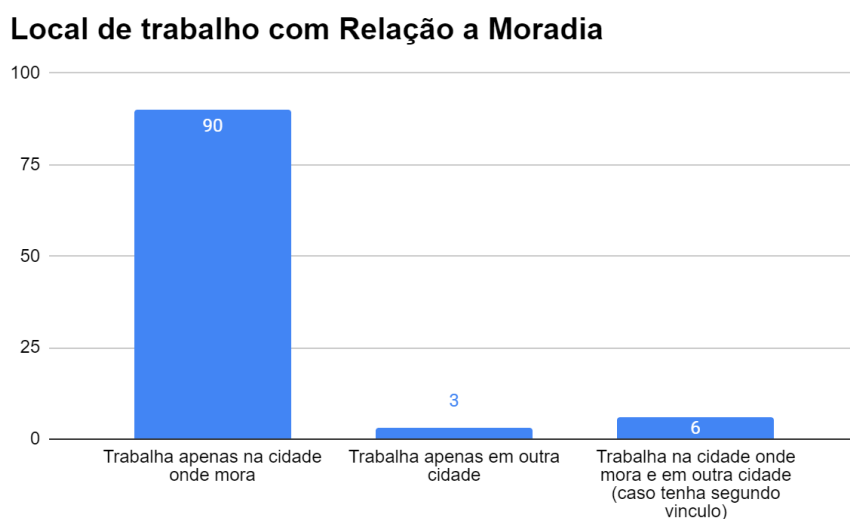
R\$4.500,00. Uma parcela menor, equivalente a 8,2%, possui renda na faixa de R\$15.001,00 a R\$3.000,00. Aqueles com renda superior a R\$6.000,00 representam 20,8% da amostra.

No que diz respeito à carga de trabalho semanal, a maioria dos profissionais (52,3%) trabalha 40 horas por semana, seguido por 31,8% que trabalham 30 horas e 15,9% que dedicam 60 horas ou mais ao trabalho semanalmente. Quanto à percepção sobre a adequação da carga de trabalho, a maioria (53,2%) considera que está adequada, enquanto 5,4% acreditam que poderia haver um aumento na carga de trabalho e 28,5% relatam uma sobrecarga de trabalho.

Os profissionais também foram questionados sobre se o local de moradia é o mesmo que o local de trabalho, visando compreender a circulação de trabalhadores entre os municípios da região. Dos 111 respondentes, 99 afirmaram residir no mesmo município em que trabalham, enquanto apenas 3 residem fora do município de trabalho. Destaca-se também que 7 profissionais possuem segundo vínculo profissional em outros municípios.

Esses dados fornecem insights valiosos sobre o perfil sociodemográfico e as condições de trabalho dos profissionais, além de contribuir para uma compreensão mais ampla do mercado de trabalho na área de atuação.

Gráfico 28 - Local de Trabalho em relação a Moradia



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Sobre a avaliação dos profissionais quanto aos fatores que podem contribuir para sua permanência no trabalho, os resultados revelam que a remuneração é considerada o principal aspecto, apontado por 77,5% dos participantes. Em seguida, destacam-se a possibilidade de aperfeiçoamento profissional, citada por 73% dos entrevistados, seguida pela qualidade de vida (64%) e condições de trabalho (60,4%).

É relevante notar que 37,8% dos participantes identificaram o ambiente inseguro e a violência como fatores que influenciam negativamente sua permanência no trabalho. Esse dado evidencia os impactos da violência, especialmente a violência armada em determinados territórios, que contribuem para a alta rotatividade de profissionais nas unidades de saúde.

No questionário, também buscou-se compreender os motivos de afastamento profissional nos últimos 3 anos. Destaca-se que, entre os profissionais que estiveram afastados, 38,7% atribuíram o afastamento à Covid-19, enquanto 3,6% mencionaram problemas de saúde mental. Quanto à duração do afastamento, 48,4% dos profissionais afastados ficaram ausentes por até 7 dias, 35,9% de 7 a 15 dias, 4,7% de 30 a 60 dias e 9,4% por mais de 60 dias.

No que diz respeito aos afastamentos devido à Covid-19, 56% dos profissionais afastados relataram que não receberam acompanhamento por parte de seu empregador, enquanto 40,6% afirmaram ter recebido acompanhamento. Apenas 3,1% indicaram terem sido encaminhados para a rede de saúde.

Gráfico 29 - Percentual de Profissionais afastados nos últimos 3 anos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

8.5 Análise das Entrevistas Semiestruturadas com os Gestores de Saúde Mental

Na segunda etapa da pesquisa sobre o mercado de trabalho do setor público na CAP 5.1 do município do Rio de Janeiro, foram realizadas 5 entrevistas com perguntas semiestruturadas, envolvendo 2 gestores da Atenção Primária da CAP 5.1 e 3 Gestores da Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), que atuam diretamente no processo de implantação de serviços, equipes, dimensionamento da força de trabalho e na gestão dos recursos humanos.

A entrevista semiestruturada permite ao entrevistador utilizar um conjunto de questões predefinidas, com certa flexibilidade para inserir outras perguntas pertinentes ao longo da conversa, buscando obter o máximo de informações diante das respostas da pessoa entrevistada.

As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador do projeto durante o período de dezembro a fevereiro de 2024. A entrevista foi realizada utilizando um gravador de voz, ferramenta comumente utilizada em trabalhos científicos. A estrutura foi previamente planejada, com um roteiro elaborado para a entrevista, que será objeto de análise detalhada.

As entrevistas foram conduzidas tanto de forma remota quanto presencial, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Todos os encontros foram gravados e posteriormente transcritos. Os resultados obtidos foram interpretados qualitativamente, permitindo uma análise detalhada das respostas e uma compreensão mais profunda dos temas abordados.

A partir das 13 perguntas propostas no roteiro de entrevista, foi possível realizar a seguinte categorização para análise das entrevistas: 1) Recrutamento e seleção e Fixação, 2) Instrumentos, Protocolo e Documentos sobre parâmetros da atuação profissional e códigos de conduta, 3) Formação e Educação Permanente, 4) Remuneração e Infraestrutura, 5) Política e práticas de Recursos Humanos e 6) Afastamentos Profissionais durante a Pandemia da Covid-19.

Essas categorias foram estabelecidas para facilitar a organização e análise das entrevistas, visando a compreensão dos diferentes aspectos relacionados à gestão de recursos humanos na área da saúde.

8.6 Recrutamento e seleção e Fixação

Todos os gestores entrevistados relatam que o processo seletivo é conduzido pela Organização Social de Saúde (OSS), responsável pela gestão dos recursos humanos de acordo com a demanda de contratação estabelecida pela Secretaria e/ou Gestão Regional. As OSS assumem a responsabilidade pela divulgação das vagas, análise de currículos e condução das entrevistas, que representam a última etapa do processo seletivo e são realizadas em conjunto com os gestores da Secretaria de Saúde. Além disso, destacam que a Secretaria de Saúde estabeleceu critérios para a Seleção Profissional, priorizando profissionais com Residência e/ou Especialização, experiência prévia em Atenção Primária e/ou Saúde Mental.

Todos os entrevistados também apontam a ausência de concursos públicos, evidenciando as transformações ocorridas no mercado de trabalho público nos últimos anos. Um dos aspectos destacados nessa discussão, por um dos entrevistados é a resistência inicial enfrentada durante a implementação dos primeiros CAPS no município do Rio de Janeiro na década de 90, antes da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Nesse período, os conselhos profissionais e setores dentro da própria Secretaria de Saúde, como os de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, resistiram à proposta de inserção de seus profissionais nos CAPS, por serem contrários à lógica multidisciplinar e os princípios da Reforma Psiquiátrica.

“Foi um período muito difícil, né? Até que a gente conseguiu desenhar o primeiro concurso para profissionais de saúde mental (...) A gente tinha desenhado uma banca junto ao Cesgranrio que fazia o concurso é com uma proposta uma ementa no campo da

Atenção Psicossocial, porque a gente discutia que era o campo da reforma psiquiátrica, que ainda era a Luta pela lei 10.260, a lei do projeto, Paulo delgado não foi antes. (...) Fui demitido, porque a minha chefe encaminhou minha exoneração pro R. Gazola, porque eu tinha me metido no concurso de Psicologia que era da área dela. Ela era do CRP, né? queria uma prova com questões sobre as linhas teóricas da psicologia, um pot pourri de todas as coisas que tinham, questões de Rogers, questões de Jung, questões de Reich, enfim. E a gente acabou com aquilo. Não tinha nada daquilo. Quer dizer, trabalhávamos questões ligadas à saúde pública, à reforma psiquiátrica.”

Ressalta ainda sobre a dificuldade de composição da força de trabalho para os CAPS:

“Os Terapeutas Ocupacionais porque eram da tal da gerência de terapia ocupacional era quase impossível você conseguir, porque eles definiam a vida de todos os terapeutas ocupacionais. O CREFITO entrava e era uma confusão.”

O entrevistador destaca que essas resistências eram resultado do desconhecimento do campo da Saúde Mental e das oportunidades que esse mercado de trabalho poderia oferecer às categorias profissionais, que naquele contexto estavam predominantemente ligadas às áreas Hospitalar, Ambulatorial e de Reabilitação. Com os avanços na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), observa-se que essas resistências foram diminuindo, embora tenham surgido novos desafios com os Conselhos Profissionais. Esses conselhos, na relação com a Gestão da Saúde Mental, demonstravam uma postura corporativista e de reserva de mercado, o que prejudicava a consolidação dos dispositivos de Atenção Psicossocial.

Dentro dessa perspectiva, destacam-se as dificuldades enfrentadas com os Conselhos de Medicina, que buscavam sobrepor o Ato Médico às demais profissões de saúde. Além disso, havia a postura de reserva de mercado bastante rígida por parte do Conselho de Enfermagem. Esses aspectos evidenciam os desafios enfrentados no mercado de trabalho em saúde mental e as complexas relações entre os diversos atores envolvidos na sua consolidação.

8.7 Dificuldades na Fixação e a Escassez de Profissionais de Saúde

Todos os entrevistados ressaltam as dificuldades de fixação de profissionais de saúde na CAP 5.1. Entre as diferentes justificativas apresentadas, destaca-se a distância da área programática em relação às regiões mais centrais e privilegiadas da cidade, o contexto de violência, especialmente a violência armada, e a baixa remuneração. Tais fatores levam a uma alta rotatividade de profissionais, o que acarreta prejuízos para o estabelecimento de vínculos, aspecto crucial para o trabalho na saúde mental.

“A gente acaba tendo muito essa rotatividade. Quando esse profissional, ele tem a oportunidade de trabalhar mais perto da sua casa, então algumas categorias têm sido mais evidente essa movimentação, né? A gente tem observado isso com relação aos psicólogos, né? Tem sido uma categoria que tem havido, né? Muito esse movimento entre os profissionais de irem para outras áreas, né, de poderem estar mais próximos de suas residências.”

Sobre a escassez de profissionais, destaca-se a dificuldade de contratação de psiquiatras e terapeutas ocupacionais. Quatro gestores apontam a importância de se pensar em políticas de remuneração diferenciadas para a cidade do Rio de Janeiro, onde nas regiões mais periféricas os profissionais teriam incentivos financeiros para trabalhar.

“Terapia Ocupacional é uma categoria que está muito escassa, né? A gente tem notícias que só existem 2 cursos, né? No município, que é na no IFRJ, que é até uma instituição que fica localizada aqui na área (CAP 5.1, grifo meu) e na UFRJ, mas é um número muito baixo, né, de pessoas que, depois de formadas, se interessam e se disponibilizam para atuarem na da saúde pública e, mais especificamente, da atenção primária.”

Para além da questão salarial, três entrevistados apontam que a escassez de psiquiatras se deve ao processo de formação ainda centrado no hospital psiquiátrico e na lógica ambulatorial.

“(...) dentro desse rol de escolhas, o CAPS é sempre a última escolha, porque para o profissional médico. Trabalhar num CAPS, numa lógica que é muito horizontal, por mais que eles saiam de uma residência, que é uma residência que tem essa interface, para eles é muito trabalhoso. A sensação que eu tenho que é muito trabalhoso estar numa equipe onde você tem que ficar discutindo, que tenha que ter 20 horas disponível por semana, que tem que participar de uma reunião de equipe, então muitos acabam indo para consultório particular e quando vão para o serviço público, pega um plantão numa emergência, né? Onde ele faz o horário dele, tem um modo de funcionar ali, que é muito próprio da formação. E vai para casa depois assim, né? Eu acho que o principal ponto está na formação.”

8.8 Instrumentos, Protocolo e Documentos sobre parâmetros da atuação profissional e códigos de conduta.

Ao serem questionados sobre a produção de Notas Técnicas referentes às atribuições de cada categoria profissional, os gestores da atenção primária mencionaram que esses documentos são elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde, porém necessitam de revisão devido à mudança das equipes do NASF para o eMulti, que apresentam um escopo maior de atribuições. Por outro lado, os gestores da saúde mental relatam que esses documentos estão em processo de construção, mas ainda não conseguiram avançar significativamente.

Destaca-se também a elaboração de protocolos clínicos de cuidado voltados para alguns agravos à saúde, como autismo, suicídio, urgência e emergência, entre outros.

Em relação ao Código de Conduta, todos os entrevistados ressaltaram não ter conhecimento de nenhum documento proposto pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ) ou pela Organização Social.

8.9 Formação e Educação Permanente

Na avaliação da formação dos profissionais recém-recrutados na saúde, todos os entrevistados destacaram a fragilidade da graduação, ressaltando a falta de conhecimento sobre saúde pública e a ausência de uma formação voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso tem levado à preferência pela contratação de profissionais que já possuam uma formação complementar, como estágios, residências ou especializações no campo da saúde pública ou saúde mental. No entanto, esses profissionais mais especializados enfrentam maior dificuldade para serem contratados, pois são rapidamente absorvidos pelo mercado de trabalho em outras regiões da cidade, do estado e até mesmo fora do estado, principalmente pelo setor privado.

Em relação às propostas de Formação e Educação Permanente para a força de trabalho, destacam-se diferentes estratégias: o processo de ambientação no serviço, que consiste em acompanhar um profissional experiente durante um período para compreender o processo de trabalho; participação em supervisão clínico-institucional; reuniões técnicas e de eixos estratégicos, voltadas às atribuições de determinados campos profissionais; incentivo à realização de cursos de pós-graduação lato e stricto sensu; e participação nos cursos introdutórios de atenção primária e de saúde mental, este último uma proposta em desenvolvimento pela gestão da saúde mental.

Os entrevistados também mencionam a importância de formações específicas para determinadas categorias profissionais e estratégias de cuidados. Os gestores da saúde mental ressaltam a necessidade de formação para a equipe de enfermagem no manejo de crises nos CAPS. Com a expansão dos CAPS III, que possuem leitos de acolhimento, aumentou a necessidade de qualificar os profissionais da enfermagem para os cuidados intensivos, considerando uma abordagem integral que englobe não apenas a crise, mas também outros agravos à saúde.

Os gestores da saúde mental destacam ainda a importância de qualificar os cuidadores de saúde que atuam nos serviços residenciais terapêuticos (RTs) ligados aos CAPS, que representam uma das maiores forças de trabalho da RAPS do SMSRJ e da CAP 5.1 do município, conforme dados do CNES (vide gráfico 13). Esses profissionais desempenham um papel fundamental no cuidado aos usuários no seu cotidiano, lidando com diferentes situações de manejo de crises e na promoção da autonomia dos moradores das RTs.

No campo de Álcool e outras Drogas, destaca-se a importância de ampliar a formação na lógica da redução de danos, diante da expansão dos dispositivos de cuidados à população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas.

Outro grupo mencionado pelos gestores como importante para melhorar a qualificação são os diretores e coordenadores técnicos dos serviços de saúde mental. Eles ressaltam a fragilidade na gestão do processo de trabalho e das equipes, na produção de relatórios e na gestão administrativa, incluindo a produção, escalas de trabalho e prontuários, etc.

Um aspecto quando que os gestores do campo da saúde mental trazem é referente a uma mudança da lógica de trabalho da Atenção Psicossocial que atua muito de uma lógica de cuidado homogeneizado, através dos técnicos de referencia dos casos. Diante da expansão da RAPS e das especificidades do cuidado em saúde a ser dispensados na rede em diferentes dispositivos e com especificidades de usuários com quadro clínicos diversos, observa-se uma compreensão de que se devem privilegiar também as competências de cada categoria profissional para maior resolutividade do cuidado em saúde mental.

(...) a gente está entendendo que tem um trabalho multiprofissional, que é complementar, né? Mas a gente tem chamado a atenção para a necessidade de dar lugar também aos saberes singulares. Os saberes característicos de cada formação, né? Então a gente tem convocado por vezes, o terapeuta ocupacional a pensar a AVD, a atividade da vida diária. “A gente tem feito encontros, por exemplo, sobre brincar mais voltado para o CAPS.”

O cuidado em saúde mental requer uma abordagem integral que englobe não apenas o tratamento dos sintomas, mas também a gestão do cuidado e a vigilância em saúde. A integralidade implica em reconhecer que a saúde mental é parte indissociável da saúde global, sendo as necessidades psíquicas intrinsecamente conectadas às demais necessidades de saúde. Além disso, é fundamental compreender que a saúde mental pode influenciar diretamente a saúde física, e vice-versa, evidenciando uma inter-relação complexa entre os dois domínios (Bedin, 2011).

Nesse contexto, o autor destaca que todo problema de saúde possui um componente de sofrimento subjetivo e que a saúde mental desempenha um papel fundamental na promoção da saúde como um todo. Portanto, é essencial que as necessidades em saúde mental sejam integradas aos demais cuidados em saúde, evitando a segregação em espaços específicos e garantindo o acesso de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

“Quando eu falo de uma atenção à crise, eu tenho que ter uma enfermagem capaz de responder a situações agudas, né? E a capacidade de responder a situações como, por exemplo, intoxicações exógenas e precisa minimamente ter a sensibilidade de trabalhar isso, articulando, inclusive com vigilância toda na lógica da vigilância de saúde com acompanhamento territorial. (...) Sabendo o que a rede dispõe o que efetivamente se consegue encontrar na rede, enfim, não vão ser todos os profissionais que vão ter esse perfil. Na verdade é isso a gente sai um pouco daquela homogeneização de uma equipe multiprofissional, onde todos têm um saber e todos contribuem com cuidado, mas existe uma especificidade que é necessária desfazer e não tem o menor sentido eu não fazer, sei lá, um teste rápido para sífilis no CAPS.”

Pensando ainda no trabalho do Enfermeiro, ressaltam os entrevistados a necessidade de uma formação em saúde mental específica para a equipe de enfermagem.

“(...) a gente tem dificuldade de encontrar enfermeiros que trabalham na Lógica da saúde mental. Levando em consideração que a gente tem uma demanda grande, né? (...) juntando enfermagem, técnico de enfermagem, é a maior categoria no CAPS. Embora a gente forme ainda

formam poucos enfermeiros para proporção de enfermeiros que a gente precisa.”

Os entrevistados também avaliam o processo de formação dos psiquiatras, observando que o modelo adotado pelas universidades ainda se concentra fortemente no ambiente hospitalar psiquiátrico. Na entrevista, destacou-se a formação oferecida pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, assim como outras universidades onde a formação está voltada para o setor privado, com ênfase na farmacologia e no diagnóstico como formas concretas de intervenção sobre o usuário.

“(…) a psiquiatria que a gente precisa, não é a psiquiatria que a gente tem no aparelho formador no Brasil. De maneira geral, estou falando, com honradíssimas exceções. Eu jamais colocaria todos os profissionais de uma determinada universidade, determinado espaço formador, todos no mesmo barco. Claro que não! Mas assim o modelo é hegemônico, né? É um modelo muito complicado. (...) De uma maneira geral a formação do médico, está voltada para o mercado de trabalho privado, para o modelo ambulatorial. Eles foram cooptados pelas indústrias farmacêuticas, que são a preocupação que a gente tem com relação à saúde pública.”

8.10 Remuneração e Infraestrutura

Nessa etapa, os entrevistados foram questionados sobre a avaliação da remuneração dos trabalhadores em comparação com o setor privado, bem como sobre a satisfação percebida pelos profissionais.

“Se a gente for falar em mercado privado para algumas categorias tem um atrativo financeiro, mas não para a categoria profissional médica. Se falar de qualquer outra categoria profissional de nível, é superior na Atenção Primária hoje e até também na Saúde Mental dentro de um contrato de gestão ou dentro de um termo de colaboração ou de uma OSC que é agora a modalidade de contratação da saúde mental aqui na área. São valores

que é superior ao do mercado privado, coloca para esses profissionais e ainda tem os incentivos dos profissionais que têm algum tipo de especialização, de residência, doutorado.”

Os entrevistados destacam a disparidade salarial entre aqueles que têm contrato celetista e os servidores públicos:

“Essa é uma discussão que acaba sendo eterna. Desde que eu me entendo como profissional na saúde pública, ela é sempre uma discussão da não atualização dos valores para o servidor que não tem a questão de planos de cargos, de carreira. É uma disparidade, é uma diferença salarial. Quando a gente pensa em salário de servidor para celetista.”

Quanto à infraestrutura dos serviços, todos os entrevistados apontam as fragilidades dos espaços, porém destacam os avanços ocorridos nos últimos anos nas reformas, na melhoria dos espaços e equipamentos, além da ampliação dos serviços. No entanto, ressaltam a dificuldade em garantir materiais voltados para a prática psicossocial e específicos de determinadas categorias profissionais, que não estão incluídos nas listagens de insumos e materiais na atenção primária e saúde mental. Isso leva muitos profissionais a utilizarem seus próprios equipamentos e/ou recursos pessoais para realizar o trabalho.

“Os materiais são disponibilizados aos profissionais, porém tem alguns recursos, * que a gente considera essenciais para o desenvolvimento de algumas atividades, alguns recursos pedagógicos, né? Materiais do campo da reabilitação não são garantidos em todas as unidades. Então, em algumas situações, são os próprios profissionais que custeiam esse material ou levam em seus próprios materiais para poder realizar.”

Observa-se ainda outra questão relevante: a disponibilidade de recursos para transporte, fundamental para a realização de visitas domiciliares e institucionais. Muitas vezes, a falta de fornecimento desses recursos acaba por inviabilizar o trabalho dos profissionais.

“E acho que é poder garantir que o trabalhador tenha carro para ir fazer VD, porque muitas vezes a realidade era que eles tiravam dinheiro do bolso. (...) Muitos trabalhadores em serviço sempre foram trabalhadores muito desejosos, que apostaram muito na atenção psicossocial. Então, sempre investiram, inclusive recursos próprios, a realidade que a gente tem de muitos trabalhadores irem fazer visita institucional com o próprio dinheiro.”

8.11 Política e práticas de Recursos Humanos

Ao questionarmos os gestores sobre sua percepção da Política de Recursos Humanos e como organizam os processos relacionados à gestão de pessoas, todos enfatizaram que não se consideram gestores de recursos humanos. Eles apontaram as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou a Secretaria de Saúde como responsáveis por essas áreas.

No entanto, ao longo da entrevista, os gestores assumiram diversas responsabilidades relacionadas à gestão de pessoas, como seleção, lotação, formação, mediação de conflitos entre equipes, avaliação dos profissionais e até mesmo envolvimento no processo demissional. Embora reconheçam essas atribuições como parte de seu trabalho, eles ainda resistem a se rotular como gestores de RH.

“Embora tenha um setor de recursos humanos na Organização Social, a gestão é feita também de forma compartilhada. A Coordenação da Área também participa dessa gestão de recursos humanos, uma vez que nós estamos também muito próximos dessas equipes, observando algumas necessidades e fragilidades. A gente percebe nesse processo de trabalho, embora em alguns momentos a gente acaba assumindo um certo protagonismo, inclusive nessa gestão do RH. Eu vejo que o RH da OS se limita muito mais aos processos de seleção e recrutamento, de admissão e de acompanhamento desses profissionais de uma maneira mais formal, mas o acompanhamento do cotidiano, do dia a dia, acaba ficando muito mais aqui na nossa responsabilidade.”

Essa desarticulação entre a gestão local (CAP 5,1 e SM) e a gestão contratante (OSS) apresenta desafios no acompanhamento dos trabalhadores, principalmente em relação às doenças ocupacionais. Os entrevistados apontam a necessidade de um maior envolvimento por parte das Organizações Sociais na gestão de Recursos Humanos, especialmente no cuidado com a saúde mental dos profissionais. Ressaltam que a falta de atenção às questões de adoecimento e afastamento impacta diretamente na qualidade da assistência, exigindo uma intervenção mais ativa e acompanhamento por parte das OSS.

“Eu penso que essa responsabilidade por parte da OSS deveria ser maior. Deveria se ampliar, uma vez que a gente tem questões muito importantes que também deveriam ser vistas pelo contratante, pelo empregador, que é principalmente as questões de adoecimento, de afastamento, quando a gente tem alguma questão que esse profissional é está manifestando, alguma dificuldade no trabalho, que muitas vezes não há uma preocupação por parte de recursos humanos e intervir em atuar nessas situações.”

Essa constatação revela a complexidade da gestão de recursos humanos na saúde mental e destaca a necessidade de uma abordagem mais colaborativa e integrada entre os diversos atores envolvidos. A falta de clareza quanto aos papéis e responsabilidades na gestão de RH pode gerar desafios adicionais, como falta de alinhamento estratégico, burocracia administrativa e impactos negativos na qualidade da assistência prestada aos trabalhadores.

8.12 Afastamentos Profissionais durante a Pandemia da Covid-19.

Ao término da entrevista, os entrevistados foram indagados sobre as estratégias adotadas para o acompanhamento dos profissionais afastados durante a pandemia da Covid-19. Essa indagação visa aprofundar o

entendimento das práticas organizacionais e de gestão implementadas no contexto da crise sanitária global.

Durante a pandemia, 03 gestores não exerciam a gestão ligados diretamente aos trabalhadores da CAP 5.1, durante o período mais crítico, entretanto todos reforçam a garantia do afastamento aos profissionais sem nenhuma restrição, inclusive garantindo as gestantes os afastamento durante toda a gestação, além de idosos e profissionais com maior risco devido a comorbidades.

Dos gestores que estiveram envolvidos com a gestão durante a Covid19, destaca o processo de apoio psicossocial de modo remoto, chamado "Saúde na Escuta" que foi organizado por profissionais da RAPS que disponibilizavam atendimento remoto aos profissionais de saúde em horários mais flexíveis. Era profissionais de diferentes categorias profissionais, psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistentes sociais.

Das primeiras coisas que a gente pensou foi justamente no momento em que, não se tinha nada, nada sabíamos sobre a COVID. Aquele mundo de incertezas e todo o mundo no isolamento social. As nossas práticas em atenção psicossocial envolvem processos coletivos de cuidado, vai precisar fazer ao ar livre, começar a fazer um trabalho de atendimento remoto e vamos tentar construir caminhos possíveis de cuidado e fazer escalas de plantão de 24 horas em CAPS III, porque aí o cara se expunha menos.

Durante a experiência no projeto "Saúde na Escuta", foram identificados desafios significativos relacionados à prescrição de medicamentos especiais durante a pandemia. Essa experiência destaca a necessidade de adaptações e inovações no atendimento remoto para garantir o acesso adequado a medicamentos essenciais, bem como para realizar a avaliação clínica completa do paciente, superar a limitação no acesso a exames complementares e assegurar a adequada monitorização dos efeitos dos medicamentos prescritos.

A gente montou um primeiro programa, que foi para os profissionais, a gente montou uma lógica de cuidado com

os profissionais. (...) Um psiquiatra que ajudou muito a prescrição eletrônica, mas era um problema para o receituário Azul tipo b. É o inferno que aí não tinha como fazer. Eu tinha que pedir para buscar uma unidade, algum lugar, enfim.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo proporcionou uma análise abrangente sobre o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental, considerando os avanços significativos na mudança do modelo de assistência em saúde mental, especialmente com a transição do modelo Asilar para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa transição resultou em impactos substanciais no mercado de trabalho para os profissionais dessa área, evidenciando uma reconfiguração no perfil profissional demandado.

O direcionamento dos recursos dos leitos de hospitais psiquiátricos para serviços substitutivos, aliada ao fortalecimento e regulação das profissões de saúde mental, tornou-se imperativa nesse novo contexto. A ampliação dos serviços especializados e a inserção do cuidado em saúde mental na atenção primária geraram uma demanda crescente por profissionais qualificados e capacitados em diferentes níveis de atenção.

Observamos ainda que, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização dos serviços de saúde, o setor municipal ganhou protagonismo no mercado de trabalho público, conforme apontado por Machado (2011). A Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam importantes dispositivos que contribuem para a expansão da força de trabalho em saúde mental, abrangendo uma diversidade de profissões regulamentadas e não regulamentadas.

Atualmente a ESF atinge 73% dos municípios do Brasil, com cobertura superior a 90% de seu território, enquanto os CAPS representam um total de 3.394 dispositivos distribuídos em 2.197 municípios, conforme o perfil populacional e de dimensionamento. Além disso, as Equipes Multiprofissionais com 8.004 Equipes, estão presentes em 4.743 municípios na Atenção Primária.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oferece uma gama de serviços em diferentes níveis de atenção, ampliando ainda mais a oferta e a demanda por profissionais no campo da saúde mental. Destaca-se a necessidade não

apenas de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas também de profissionais de diversas áreas da saúde e da intersetorialidade, como farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, musicoterapeutas, pedagogos, profissionais das artes, entre outros.

É importante ressaltar que, além das profissões regulamentadas, surgem diversas ocupações de nível auxiliar e técnico frente as especificidades dos serviços e do cuidado em saúde mental, como cuidadores de saúde, agentes de redução de danos, agentes de acompanhamento territorial, agentes sociais, artesãos, oficinairos, entre outros.

No cenário internacional o modelo brasileiro converge com a proposta por Kakuma (2011) para países de baixo e médio rendimento para enfrentar a escassez mundial de recursos humanos para a saúde mental que é um desafio significativo na prestação de intervenções essenciais em saúde mental. As estratégias propostas para enfrentar o déficit grave de recursos humanos para a saúde mental consistem no o direcionamento de cuidados de saúde mental em ambientes de cuidados primários de saúde, por meio de programas comunitários e abordagens de mudança de tarefas. A contratação de profissionais de saúde não especializados, trabalhadores leigos e cuidadores com treinamento breve e supervisão adequada por especialistas em saúde mental podem auxiliar na detecção, diagnóstico, tratamento e monitoramento de transtornos mentais, reduzindo assim a carga sobre os cuidadores. (Kakuma, 2011)

Diante desse contexto complexo e diversificado, a demanda por profissionais de saúde mental continua a crescer, revelando a importância de políticas eficazes de formação, valorização e reconhecimento do trabalho desenvolvido nessa área. A construção de uma rede integrada e eficiente de atenção em saúde mental depende do compromisso e da capacidade dos profissionais que atuam nesse campo, visando oferecer um cuidado de qualidade e humanizado à população.

A análise dos documentos do Ministério da Saúde, das Conferências Nacionais de Saúde Mental e do Ministério da Educação evidencia a fragilidade

na formação superior e técnica das profissões do campo de saúde mental, principalmente para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) na lógica da atenção psicossocial. Essa constatação aponta para a necessidade de enfrentar três desafios fundamentais: ampliar a formação de profissionais especializados, desenvolver ações de formação que levem o profissional a compreender a complexidade e a multiplicidade dos determinantes da saúde mental, assim como seu caráter intersetorial, e investir na educação permanente para os profissionais inseridos no sistema de saúde (Dal Poz, 2012).

Considerando esses desafios e as questões norteadoras apresentadas ao longo desta pesquisa, torna-se evidente a importância de aprofundar o debate e desenvolver estratégias para fortalecer o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental no setor público.

A primeira questão que este estudo busca responder é sobre a composição da força de trabalho em saúde mental nos setor público. Nas profissões que analisamos observa-se a forte presença feminina no mercado de trabalho com uma representação acima de 80% na enfermagem, serviço social, psicologia e terapia ocupacional. Na psiquiatria a participação feminina (45%) é menor que a masculina, conforme a base de dados analisados.

Nos documentos produzidos pelos conselhos profissionais sobre o perfil profissional, assim como os artigos analisados ressaltam a história da criação da enfermagem, serviço social e terapia ocupacional como ocupações femininas, sob a tutela do médico e voltada aos cuidados dos mais vulneráveis e na assistência direta ao paciente e familiar.

O estudo realizado pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) revelou que a força de trabalho em saúde cresceu mais de 60% entre 2010 e 2021, passando de 6,2 para 10,1 milhões. Houve uma ampliação da participação feminina, que passou de 64,5% para 68,3% no total do macrossetor saúde, superando a média na população brasileira (Carvalho, 2023).

No entanto, persistem disparidades salariais entre homens e mulheres, com exceção ao serviço social e a terapia ocupacional que apresenta

remuneração maior para as mulheres, conforme os dados da RAIS/MTE 2021. Apesar do estudo da NESCON apontar uma pequena redução ao longo dos anos, as desigualdades de remuneração segundo gênero na força de trabalho em saúde mental permanecem, com os homens mantendo maior remuneração em praticamente todas as profissões (Carvalho, 2023).

Quanto ao recorte étnico-racial, o Censo do IBGE de 2022 revela mudanças significativas na composição étnico-racial da população brasileira, com um aumento expressivo da população parda, seguida pela população preta e indígena, enquanto a parcela da população branca diminuiu o que se revela na pesquisa no aumento considerável de profissionais negros, pardos na enfermagem (53%), no serviço social (50,34%) e na psicologia (56,2%). Houve também um aumento gradual na Psiquiatria (9,6%) e Terapia Ocupacional (23.18%).

Entretanto, apesar do aumento da população preta e parda no setor de saúde mental, esses profissionais seguem o padrão dos dados da Síntese de Indicadores Sociais (2021) que aponta que os trabalhadores pretos e pardos são os que recebem as menores remunerações, sendo a população mais vulnerável e submetida a trabalhos precários e ausência de proteção social, principalmente se considerarmos os profissionais do nível auxiliar e técnico. (IBGE, 2021).

Quando analisamos a distribuição geográfica observamos a grande concentração dos profissionais nas regiões sul e sudeste, em especial nas grandes capitais, o que gera uma disparidade regional no acesso aos serviços de saúde mental e na oferta de empregos na área.

É importante considerar que um dos fatores que favorecem a concentração de profissionais nas grandes capitais e na região sul e sudeste são decorrentes de ser historicamente o local de maior concentração de universidades, hospitais e programas de residência e de formação profissional, além de possuir maior oferta de empregos pela ampla rede de saúde no setor público e privado.

Ao aprofundarmos a discussão sobre a formação profissional em saúde mental e os desafios enfrentados no cenário atual, podemos responder a uma

das questões norteadoras deste estudo. No Brasil, a Psiquiatria ocupa a 11ª posição entre as especialidades médicas, representando 2,8% do total de especialistas em medicina, com uma média de 6,51 especialistas por 100.000 habitantes. Comparativamente, o Brasil apresenta um dos menores percentuais na América do Sul, como o México (0,5%) e o Peru (2,5%). Na Europa, países como Suíça, França e Luxemburgo se destacam com percentuais de 12% e 7,2%, respectivamente (Scheffer, 2020).

No estudo da Demografia Médica, destaca-se a expressiva diminuição do número de médicos ingressando nos diferentes programas de residência, especialmente na Psiquiatria. Entre 2018 e 2021, houve uma redução dos médicos que iniciaram a residência, passando de 681 para 533. Além disso, observou-se uma alta taxa de vagas não ocupadas. Em 2018, das 23.179 vagas autorizadas, 15,7% não foram preenchidas. Essa taxa praticamente dobrou em 2020 e 2021, alcançando 28,1% e 31,8%, respectivamente (Scheffer, 2023).

Este cenário na psiquiatria representa um desafio crucial para os gestores e formuladores de políticas de recursos humanos. Eles precisam desenvolver ações de incentivo para atrair mais médicos para os programas de residência em psiquiatria, visando minimizar a crescente escassez nessa especialidade médica. Além disso, é fundamental enfrentar a distribuição desproporcional de psiquiatras no Brasil, onde 75% dessa força de trabalho estão concentradas nas regiões sul e sudeste. Portanto, é necessário desenvolver ações para promover a interiorização da psiquiatria no país.

Quando analisamos o ingresso na graduação em Terapia Ocupacional, notamos uma expansão mais modesta em comparação com outras profissões de saúde mental, que experimentaram um crescimento mais expressivo a partir dos anos 90. Além disso, houve um aumento significativo no percentual de não preenchimento de vagas (22,5%) e de não aproveitamento dos cursos (61,3%) em Terapia Ocupacional, especialmente nos cursos oferecidos na modalidade de Educação a Distância (EaD). Esses dados indicam uma menor demanda relativa por esses cursos e um aumento proporcional no número de alunos que não concluíram o curso no tempo médio esperado.

A enfermagem, psicologia e serviço social apresentam importante crescimento de procura dos cursos de graduação, porém apresentam o desafio referente à qualidade dessa formação, principalmente em função da expansão dos cursos em universidades privadas presenciais e de educação à distância (EaD).

Ao analisar o censo dos cursos de graduação da enfermagem, destaca-se a distribuição geográfica desigual da força de trabalho na área. Nas regiões Centro-Oeste e Norte, com menor concentração de renda, observa-se um menor número de Instituições de Ensino Superior (IES) presenciais. Em contrapartida, na região Sudeste, com maior concentração de renda e atividade produtiva, há predominância de cursos de Enfermagem presenciais. Essa disparidade na distribuição geográfica tem impacto direto na escassez de enfermeiros em áreas menos desenvolvidas, como municípios de pequeno porte e regiões com infraestrutura reduzida, onde a fixação desses profissionais torna-se desafiadora. Mais da metade (53,90%) dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem estão concentrados na região Sudeste (Pinto, 2021).

O panorama educacional das graduações em Serviço Social e Psicologia no Brasil reflete uma expansão notável ao longo das últimas décadas. O aumento expressivo de profissionais formados em Serviço Social, de 70 mil para 176.524 mil entre 2006 e 2019, é atribuído à aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 1996, que impulsionou a criação de cursos nessa área. Embora o ensino privado predomina na formação de Assistentes Sociais, levantando preocupações sobre a mercantilização do ensino, a participação do curso no total de matrículas no ensino superior brasileiro diminuiu ao longo da última década. (CFESS, 2022)

No que diz respeito aos cursos de Psicologia e Terapia Ocupacional, houve um aumento considerável no número de cursos autorizados pelo MEC, refletindo políticas de interiorização e uma predominância da oferta por instituições privadas. No entanto, a qualidade desses cursos tem sido questionada, com uma parcela significativa sem avaliação do INEP e obtendo conceitos inferiores nas avaliações realizadas. Essa expansão desordenada

pode impactar negativamente o mercado de trabalho, evidenciado pela discrepância entre o número de formados e de profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Psicologia.

A predominância das IES privadas, especialmente nas regiões sul e sudeste, levanta preocupações sobre a precarização das condições de trabalho e dos salários, considerando que a maioria dos profissionais se forma em instituições privadas. Diante desse cenário, é crucial um investimento futuro para compreender os reais efeitos da formação na Enfermagem, Serviço Social e a Terapia Ocupacional, especialmente considerando os desafios enfrentados pelo ensino superior no Brasil.

A crescente oferta de cursos de graduação na área da saúde, principalmente em instituições privadas e na modalidade de Educação a Distância (EaD), tem levantado preocupações significativas entre os especialistas e profissionais da área. Os dados do Censo da Educação Superior de 2022 revelam que mais de 70% dos novos alunos do ensino superior privado optaram por estudar à distância, evidenciando uma tendência de crescimento dessa modalidade de ensino. (INEP, 2022)

No entanto, essa expansão do ensino superior privado e da EaD na área da saúde levanta questionamentos sobre a qualidade e a adequação desses cursos para a formação de profissionais competentes. Um exemplo disso é a autorização, pela Portaria Nº 2.117 do Ministério da Educação, para que até 40% da carga horária total dos cursos presenciais possa ser realizada a distância. Isso resultou em um aumento expressivo de cursos de graduação na saúde.

Além disso, o foco excessivo das instituições de ensino superior privadas em aspectos mercadológicos, em detrimento da qualidade educacional, tem sido observado. A competição entre essas instituições, muitas vezes desleal e improdutiva, tem forçado até mesmo cursos tradicionais a se reestruturarem para acompanhar essa concorrência. Essa situação pode impactar negativamente na qualidade do ensino oferecido, especialmente na formação de profissionais da área da saúde mental, psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional e medicina.

Com relação à formação especializada dos profissionais de enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, destaca-se a dificuldade em obter dados que possibilitem uma análise aprofundada. Na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), consta uma subdivisão para os enfermeiros psiquiátricos, assim como para os psicólogos clínicos. No entanto, o serviço social e a terapia ocupacional não apresentam subdivisões que permitam identificar os profissionais que atuam especificamente no campo da saúde mental. Além disso, observa-se fragilidade nos dados dessas bases, o que não possibilita uma análise mais detalhada.

Quando buscamos informações pelos respectivos conselhos profissionais, observamos as especialidades reconhecidas na área de saúde mental. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece as especialidades de Enfermagem em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica (Resolução nº 577/2018). O Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconhece as especialidades de Psicologia Clínica e Psicologia na Saúde (Resolução nº 023/2022). Já o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconhece a especialidade em Saúde Mental (Resolução nº 366/2009). Por fim, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) não possui nenhuma resolução sobre especialidades na profissão.

As últimas questões norteadoras, que visam compreender os desafios relacionados à contratação e à fixação de profissionais de saúde nos serviços, bem como as tendências do mercado de trabalho em saúde mental, foram discutidas principalmente a partir da análise dos dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Além disso, essas questões foram abordadas por meio da pesquisa realizada com os profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Coordenação da Área Programática 5.1 (CAP 5.1), uma regional de saúde do município do Rio de Janeiro.

Essa abordagem foi conduzida tanto por meio de formulários eletrônicos, que traçam o perfil sociodemográfico desses profissionais, quanto por meio de entrevistas com os gestores da Atenção Primária e da Saúde Mental. Esses gestores são responsáveis pela gestão dos profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais (eMulti), equipes de consultório na rua (eCR), ambulatórios de saúde mental, centros de atenção psicossocial (CAPs) e serviços residenciais terapêuticos (SRT).

A análise do questionário e das entrevistas nos permitiu compreender os desafios relacionados à formação, fixação e retenção da força de trabalho em saúde mental. Para embasar essa análise, recorreremos a referências internacionais que discutem a escassez de recursos humanos nessa área. Destaco, em particular, o relatório do Departamento de Saúde do Governo Australiano sobre a Estratégia Nacional para a Força de Trabalho em Saúde Mental, que apresenta recomendações específicas para a formação, fixação e retenção de profissionais no território australiano (ACIL Allen, 2022).

Na Austrália, assim como no Brasil, existem regiões remotas com populações aborígenes que enfrentam grandes desafios de fixação e retenção de profissionais de saúde. De acordo com o diagnóstico realizado, alguns grupos profissionais têm uma afinidade maior com o setor da saúde mental, o que facilita sua inserção no mercado de trabalho público, tais como conselheiros, psicoterapeutas, trabalhadores com experiência vivida (pares), psiquiatras e psicólogos clínicos. No entanto, para outros grupos profissionais, há uma ampla gama de oportunidades de carreira disponíveis, o que faz com que os graduados não considerem o setor da saúde mental como uma opção viável. Esse é o caso de nutricionistas, clínicos gerais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fonoaudiólogos.

Entre os fatores que dificultam a capacidade de atrair e reter trabalhadores no setor da saúde mental na Austrália são diversos e abrangem culturas negativas no local de trabalho, altos encargos administrativos, estresse e esgotamento. Isso afeta todos os grupos profissionais, com particular impacto nos psiquiatras, que frequentemente optam pela prática privada devido às más condições no setor público. Além disso, as más condições salariais, falta de

progressão na carreira e estabilidade no emprego também influenciam negativamente a atração e retenção de profissionais. A falta de acesso à supervisão de qualidade é outro desafio crítico, especialmente para terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais. O subfinanciamento sistêmico do sistema de saúde mental agrava esses problemas, criando ambientes de trabalho sobrecarregados e com pouco apoio, especialmente em serviços públicos e comunitários, o que dificulta ainda mais a atração e retenção de trabalhadores qualificados (ACIL Allen,2022).

Kakuma (2011) destaca a importância de ampliar a formação e diversificação dos profissionais que atuam na saúde mental, especialmente nas regiões remotas, como uma estratégia para enfrentar a escassez de recursos humanos nessa área. Uma das propostas apresentadas é o exemplo do Sri Lanka, que enfrentou uma grande perda de psiquiatras devido à migração para países como Reino Unido, EUA, Austrália e Nova Zelândia.

Diante dessa escassez, o Sri Lanka criou uma nova categoria de profissionais especializados em saúde mental: os médicos em saúde mental. Foi estabelecido um diploma de 1 ano em psiquiatria para médicos que trabalham em ambientes de saúde mental. Esses profissionais recebem uma formação especializada de 3 meses em psiquiatria e prestam serviços de saúde mental psiquiátricos ambulatoriais e comunitários em clínicas de saúde de cuidados primários. Isso permite uma cobertura geográfica abrangente para serviços básicos de saúde mental.

Na pesquisa com os profissionais que atuam na CAP 5.1, observou-se que poucos profissionais são egressos dos programas de residência psiquiátrica e em saúde mental, o que aponta para ausência de programas de atração para o emprego no setor público e em especial nas regiões mais remotas.

Durante as entrevistas, os participantes destacaram as dificuldades de fixação de profissionais de saúde na CAP 5.1 e que se assemelham às experiências de outras regiões do Brasil e também de outros países. As razões apresentadas incluíram a distância da área programática em relação às regiões centrais e privilegiadas da cidade, o contexto de violência, especialmente a

violência armada, e a baixa remuneração. Esses fatores contribuem para uma alta rotatividade de profissionais, o que prejudica a construção de vínculos, fundamental para o trabalho em saúde mental.

A dificuldade de fixação e retenção de psiquiatras é particularmente evidente, sendo atribuída à baixa remuneração e ao modelo de formação ainda centrado no hospital psiquiátrico e no setor privado do consultório particular. Os profissionais demonstram resistência à lógica da atenção psicossocial, que valoriza o compartilhamento de saberes entre diferentes profissionais em uma abordagem interprofissional.

A equipe de Enfermagem também enfrenta desafios na formação em saúde mental, especialmente no manejo de situações de crise e no cuidado integral aos usuários, como aqueles em situação de rua e/ou em extrema vulnerabilidade, incluindo aqueles com uso/abuso de álcool e outras drogas. Destaca-se a necessidade de cuidados clínicos iniciais que devem ser prestados nos serviços de saúde mental.

Além disso, foi observada fragilidade na formação dos psicólogos no manejo clínico de casos, ressaltando a importância da supervisão clínico-institucional e das ações de educação permanente. Também foi mencionada a necessidade de uma formação específica para gestores de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando auxiliar na gestão do processo de trabalho, gestão administrativa e outros aspectos.

A avaliação dos gestores sobre a Política de Recursos Humanos revelou fragilidades na organização da gestão de recursos humanos na saúde do município do Rio de Janeiro. A gestão compartilhada entre as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde não integra de maneira holística a gestão de recursos humanos na saúde. Essa constatação ressalta a complexidade da gestão de recursos humanos na área da saúde mental e enfatiza a necessidade de uma abordagem colaborativa e integrada entre os diversos atores envolvidos. A falta de clareza sobre os papéis e responsabilidades na gestão de recursos humanos pode resultar em desafios adicionais, como falta de alinhamento estratégico, burocracia

administrativa e impactos negativos na qualidade da assistência prestada aos trabalhadores.

Com base nas experiências nacionais e internacionais, apresento ao final deste estudo algumas contribuições para enfrentar os desafios da formação, retenção e fixação da força de trabalho em saúde mental no Brasil:

- a) Implementação de políticas específicas para cada profissão, visando garantir uma distribuição equitativa de profissionais em todo o país, com atenção especial às regiões mais remotas e carentes de assistência em saúde mental.
- b) Maior articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a formação superior e técnica dos profissionais que atuam no campo da saúde mental, considerando a importância de atração de profissionais que atuem na lógica da atenção psicossocial, no setor público. Destaque para estratégias de incentivo para estimular jovens para a graduação em Terapia Ocupacional e programas de Residência em Saúde Mental e Psiquiatria.
- c) Desenvolvimento e implementação de programas de formação em serviço com avaliação mensurável para trabalhadores de saúde mental, oferecendo oportunidades de aprendizado prático e teórico para adquirir habilidades essenciais para a prática clínica.
- d) Estratégias de apoio para a realização de formação para toda a força de trabalho em saúde mental, de nível superior, médio ou auxiliar, incluindo fornecimento de recursos financeiros, liberação de trabalho para dedicação à formação e incentivos para participação em programas de desenvolvimento profissional.
- e) Desenvolvimento de programas específicos para estudantes e profissionais de regiões remotas, facilitando o acesso à

formação em saúde mental através de estratégias híbridas com aulas presenciais e online.

- f) Implementação de campanhas e atividades para melhorar a atratividade das carreiras no setor da saúde mental, visando aumentar a procura por parte dos estudantes e reduzir a percepção negativa sobre a saúde mental.
- g) Desenvolvimento de programas de atração para o setor da saúde mental, com foco especial nas regiões mais remotas, visando suprir a falta de profissionais nessas áreas.
- h) Fortalecimento de profissões não regulamentadas de nível médio e auxiliar para ampliar a capilaridade dos cuidados oferecidos pelo setor de saúde mental, incluindo cuidadores de saúde, agentes de cuidados territoriais e suporte entre pares.
- i) Estabelecimento da flexibilização dos regimes de trabalho, incluindo carga horária, para aumentar a disponibilidade de profissionais para prestar serviços no setor público, especialmente em regiões remotas.

As Estratégias do Departamento de Saúde da Austrália, toca num ponto que nas entrevistas os gestores destacaram que é a necessidade de maior definição da função de cada profissão no setor de saúde mental. Destaca o relatório a necessidade de redesenhar as funções existentes, diversificando o escopo das práticas, especializando funções adicionais e, possivelmente, substituindo funções por outras.

Ressaltam ainda que historicamente, essas mudanças têm sido limitadas devido à falta de clareza sobre as capacidades essenciais compartilhadas pelas diferentes disciplinas e à ausência de escopos de prática documentados para todas as funções. Para facilitar o redesenho das funções, é crucial entender as necessidades das pessoas com problemas de saúde mental, mapear os escopos de prática existentes e identificar onde as funções podem ser redefinidas para melhor atender às demandas dos usuário dos

serviços e da força de trabalho disponível. Além disso, é importante examinar as barreiras regulatórias e legislativas às mudanças no escopo das práticas no setor da saúde mental (ACIL Allen,2022).

Dal Poz (2013), em sua análise do mercado de trabalho na área da saúde, destaca a importância de equilibrar as necessidades da população com as diversas demandas por regulação profissional, que muitas vezes são conflitantes. Ele ressalta a necessidade de discutir propostas relacionadas ao escopo de prática exclusivo ou compartilhado entre as diferentes profissões de saúde. Para ele, é crucial planejar a implementação dessa agenda, considerando possíveis mudanças na regulação profissional e envolvendo todos os atores do processo regulatório, incluindo os poderes legislativo, executivo e judiciário, em uma ação coordenada e planejada (Dal Poz, 2013).

Na realidade brasileira, percebe-se que o redesenho das funções das profissões de saúde mental é crucial, porém enfrenta resistência dos conselhos profissionais, que criam barreiras regulatórias e que dificultam o avanço da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, conseqüentemente, o atendimento às demandas da população. Conclui-se, portanto, que são necessárias políticas específicas para cada profissão, visando garantir uma distribuição equitativa de profissionais em todo o país, com foco nas regiões mais remotas e carentes de assistência em saúde mental. Além disso, é fundamental adaptar a formação profissional às necessidades da RAPS, priorizando uma abordagem interdisciplinar e centrada no paciente.

REFERÊNCIAS

1. ACIL ALLEN CONSULTING, Department of Health, 'National Mental Health Workforce Educational Institutes Review (Final Report)', ACIL Allen, 2022. Disponível em: https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-01/mental-health-workforce-educational-institutes-review-final-report_0.docx
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
3. AITH, Fernando Mussa Abujamra et al. Regulação do exercício de profissões de saúde: fragmentação e complexidade do modelo regulatório brasileiro e desafios para seu aperfeiçoamento. Revista de Direito Sanitário, v. 19, n. 2, p. 198-218, 2018.
4. ALVES, M. T. (2015). Desafios da Assistência Social Psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Editora Atheneu.
5. AMARANTE, P. (2012). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
6. AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.
7. AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cadernos de Saúde Pública, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
8. ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA. Rio de Janeiro: Jornal da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, n.5, p.98 - 104. 118-121, out.1856. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/relest.php>
9. APPEL, Nicolle Montardo. O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, v. 8, 2017. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudemmentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>

10. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009
11. BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 195-208, ago. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 mar. 2024.
12. BENTIVI, D. R. C., Porto, J. B., Dias, L. M.M. (2022). Características da Inserção no mundo do trabalho e condições para o exercício profissional. In: Conselho Federal de Psicologia. (2022). Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro : formação e inserção no mundo do trabalho: volume I : formação e inserção no mundo do trabalho. CFP (1ed) (p.42-53). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf
13. BEZERRA, Clara Almeida et al. A origem do serviço social, no mundo e no Brasil. *Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-SERGIPE*, v. 1, n. 3, p. 151-156, 2013. Disponível em: <https://periodicos.grupotiradentes.com/cadernohumanas/article/view/844>
14. BEZERRA, Waldez Cavalcante; TAVARES, Maria Margareth Ferreira; CAVALCANTE, Girlene Maria Mátis. O mercado de trabalho da Terapia Ocupacional em Macéio-AL no contexto de crise de capital. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 20; n. 2; p. 75-84, 2009.
15. BRAGA, André Luiz de Carvalho. O Serviço Nacional de Doenças Mentais no Governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal. 2013. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

16. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012 a.
17. BRASIL. (1852). Decreto nº 7.247, de 18 de novembro de 1852. Cria o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 19 de novembro de 1852b.
18. BRASIL. (1890). Decreto nº 1.304, de 2 de dezembro de 1890. Cria o Serviço de Assistência aos Alienados. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 1890c.
19. BRASIL. (1933). Decreto-Lei nº 2.268, de 11 de novembro de 1933. Regulamenta a Lei nº 1.137, de 27 de dezembro de 1931, que trata da assistência aos alienados. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 12 de novembro de 1933d.
20. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) – Setembro de 2022. Informativo Eletrônico. Brasília: MS; 2022e.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 11 [informativo eletrônico]. outubro de 2012 : Brasília: Ministério da Saúde. 2012f.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Dados da Rede de Atenção Psicossocial [informativo eletrônico]: Brasília: Ministério da Saúde. 2022g.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015h.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004i
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo

- necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003j.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016l, 143p.
 27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011m, 106p.
 28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007n, 85p.
 29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Relatório de Gestão 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2008o, 41p
 30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005p.
 31. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de maio de 2010q.
 32. BRASIL. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 1988r.
 33. BRASIL. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 1994s.

34. BRASIL. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 2002t.
35. BRASIL. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília. 2010u.
36. CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis–13 a, v. 14, 2019
37. CARVALHO, C.L., SILVA, S.A.G., MAAS, L.P.W, ARAUJO, J.F., QUEIROZ, S.L., WANDERSON, C.B, GIRARDI, S.N. Desigualdades de gênero e raça/cor na Força de Trabalho em Saúde no Brasil [Nota Técnica]. Belo Horizonte. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), julho 2023. Disponível em: <https://trabalhoemsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/08/Nota-Tecnica-Versao-Final.pdf>
38. CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 372-387, Sept. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300002&lng=en&nrm=iso.
39. CFP, Conselho Federal de Psicologia. REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. -Brasília: CFP, 2013.
40. Conselho Federal de Psicologia. (2022). Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro : formação e inserção no mundo do trabalho: volume I : formação e inserção no mundo do trabalho. CFP (1ed) (p.42-53). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf

41. DAL POZ, Mario Roberto; LIMA, José Carlos de Souza and PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [2]: 621-639, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200012>
42. DAL POZ, Mario R. et al. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz, organizador. *A saúde no Brasil em, 2013*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>
43. DE CAMARGOS, Melina Alves et al. A inserção dos terapeutas ocupacionais na rede de atenção à saúde do SUS em Minas Gerais entre os anos de 2005 e 2015/The inclusion of occupational therapists in health care of the unified health system in minas gerais between the years 2005 and 2015. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 25, n. 2, p. 363-372, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0985>
44. DE ESTATÍSTICAS, Departamento Intersindical; SOCIOECONÔMICOS, Estudos. Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. São Paulo: Dieese. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Relat%C3%B3rio-final-Projeto-2-1.pdf>, 2016.
45. DE SERVIÇO SOCIAL-CFESS, Conselho Federal. Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: Formação, Condições de Trabalho e Exercício Profissional. Brasília (DF). 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>
46. ESTATÍSTICA. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO; INDICADORES SOCIAIS. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2021. IBGE, 2021.
47. FAGUNDES JÚNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação

- atual e perspectivas futuras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1449-1460, 2016.
48. FIGUEIREDO, Mirela de Oliveira et al. Terapia ocupacional: uma profissão relacionada ao feminino. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, p. 115-126, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100007>
49. GAMA, C. A.P.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2*, p. 112-131 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147
50. GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21. n. 2, mar./abr. 2005.
51. GIRARDI, Sabado Nicolau et al. (2014), *Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil entre 1991 e 2010* Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte, EPSM/Nescon/FM/UFMG. Disponível em <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br>, consultado em 01/03/2024.
52. GRAEBER, Eduarda Rafaela Jantsch; BORGES, Rosângela Pereira. Perfil profissional e sociodemográfico dos Terapeutas Ocupacionais formados na região central do estado do RS nos últimos 10 anos. 2018. Disponível em: https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/17130/ccv_ppgpsico_dissertacao_perez_mg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. GUZZO, R. S. L., Soligo, A., & Silva, A. P. S. da. (2022). As Trajetórias de profissionais de Psicologia: questões para a formação. In: Conselho Federal de Psicologia. (2022). Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro : formação e inserção no mundo do trabalho: volume I : formação e inserção no mundo do trabalho. CFP (1ed) (p.42-53). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf

54. HOSPÍCIO DE PEDRO II. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1970). Capturado em 17 mar.. 2024. Online. Disponível na internet <https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/dicionario>
55. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Populações e Indicadores Sociais, 2010.
56. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Metodologia do Censo Demográfico 2010. Série relatórios metodológicos. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.
57. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2013. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2013b.
58. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Censo da Educação Superior 2012: Resumo Técnico. Brasília: INEP, 2014.
59. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Censo da Educação Superior: 2012. Brasília: MEC/Inep, 2012.
60. KAKUMA, R., Minas, H., van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*. 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)
61. KOLA, Lola. Saúde mental global e COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 8, pág. 655-657, 2020.
62. LANCETTI, A. Clínica peripatética 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
63. LEAL, Erotildes Maria; Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 137-154, 2007.

64. LIMA, S. C. S. (2008). Nascimento da medicina brasileira. *Ciência Hoje*, 41(248), 76-7.
65. MACHADO, CR, Poz, MRD. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. *Rev Saúde debate*. 2015; 39: 239- 254.
66. MACHADO, Maria Helena. Perfil da enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: COFEn, Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
67. MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*, v. 1, p. 103-116, 2011. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Tendencias%2520de%2520Mercado%2520de%2520Trabalho.pdf>
68. MARIOTTI, Milton Carlos et al. Perfil profissional e sociodemográfico dos terapeutas ocupacionais do Estado do Paraná, Brasil. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 27, n. 3, p. 313-321, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p313-321>
69. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11997>), consultado em 17/05/2021.
70. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2010 - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010a
71. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Manual de Instruções do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2010.
72. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Manual de Orientação da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS): ano-base 2013. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2014.
73. MIRANDA, L.; FIGUEIREDO, M.D.; FERRER, A.L.; ONOCKO CAMPOS, R. Dos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.;

- BENEVIDES, R. (Orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p.249-277.
74. MONZELI, Gustavo Artur; MORRISON, Rodolfo; LOPES, Roseli Esquerdo. Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 27, p. 235-250, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1631>
75. MOURÃO, L, Bastos, A. V. B. (2022). A Formação da(o) Psicóloga(o): o expressivo investimento na Pós-Graduação. In: Conselho Federal de Psicologia. (2022). Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro : formação e inserção no mundo do trabalho: volume I : formação e inserção no mundo do trabalho. CFP (1ed) (p.42-53). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf
76. MREJEN, Matías; ROCHA, Rudi. Hiring Mental Health Professionals: Evidence from a Large-Scale Primary Care Policy in Brazil. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2021. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_Estudo_Institucional_03.pdf
77. OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. Serviço Social & Sociedade, p. 143-163, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0101-6628.098>
78. OPAS, Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA). Disponível em: <https://www3.paho.org/data/index.php/es/> - consultado em 17/05/2021)
79. PATEL, Vikram et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, v. 392, n. 10157, p. 1553-1598, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

80. PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, v. 11, p. 241-258, 2004.
81. PINTO, Anaísa Cistina et al. Censo dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros presenciais e à distância. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4722>
82. REINALDO AM dos S, Pillon SC. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. *Esc Anna Nery* [Internet]. P. 688–932007 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000400021>
83. RIBEIRO, S. L. (2004). A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(3), 92-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>
84. RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. *Navegando na história da educação brasileira-HISTEDBR*. Campinas: Graf FE: Histedbr, v. 1, p. 1-19, 2006.
85. SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2020.
86. SANDALL, H., Queiroga, F., & Gondim, S. M. G. (2022). Quem somos? Caracterizando o perfil das(OS) psicólogas(os) no Brasil. In: Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro : formação e inserção no mundo do trabalho: volume I : formação e inserção no mundo do trabalho*. CFP (1ed) (p.42-53)
87. SANTOS, A. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
88. SCAFUTO, June Corrêa Borges; SARACENO, Benedetto; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da

- desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 28, n. 03/04, p. 350-358, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/ccs.v28i03/04.277>
89. SCHEFFER, Mário et al. Demografia médica no Brasil-2020. In: *Demografia Médica no Brasil-2020*. 2020. Disponível em: <https://demografia.cfm.org.br/>
90. SCHEFFER, Mário et al. Demografia médica no Brasil-2023. In: *Demografia Médica no Brasil-2023*. 2023. Disponível em: <https://demografia.cfm.org.br/>
91. SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; COSTA-ROSA, Abílio da. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 845-856, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0202>
92. SOARES, Taís Bracher Annoroso. A terapia ocupacional como profissão: confrontos, condições sociais de exercício e perfil profissional. 2022.
93. SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010.
94. SOUZA, Ana Maria Menezes de et al. Caracterização do mercado de trabalho da terapia ocupacional no Estado de Sergipe. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 26, p. 739-746, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1256>
95. TENÓRIO, Fernando. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. *Psychê*, São Paulo, v. 5, n. 10, p. 123-142, 2001.
96. TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 9(1), jan. - abr., 2002, pp. 25-29.
97. TRIVIÑOS, ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.

98. VILELA, Ana Maria Jacó. História da Psicologia no Brasil: uma narrativa por meio de seu ensino. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 32, p. 28-43, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500004>
99. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health atlas 2020*. Geneva: World Health Organization; 2021.
100. YIN, Robert K. *Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos*. Bookman editora, 2015.

ANEXO A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“MERCADO DE TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DE CASO NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”** conduzida por Marco Aurélio de Rezende. Este estudo tem por objetivo analisar o mercado de trabalho para profissionais de Saúde Mental no município do Rio de Janeiro, conhecendo o perfil sociodemográfico dos trabalhadores e a forma como a gestão da força de trabalho em saúde mental é organizada na região. Você foi selecionado (a) por atuar como Gestor no Campo da Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde e na CAP 5.1. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará prejuízo.

Sobre os possíveis riscos da participação no estudo no que diz respeito às entrevistas semiestruturadas com os gestores da Superintendência de Saúde Mental e da Coordenação da CAP 5.1, está no possível constrangimento ao responder alguma pergunta mais sensível, além da dificuldade de tempo para realizar a entrevista. O contato inicial com gestores, será realizado através do Centro de Estudo, setor que responde pelo acompanhamento das pesquisas realizadas na CAP 5.1 e que encaminhará a solicitação de agendamento da entrevista, seguindo o mesmo protocolo realizado para a assinatura da carta de aceite. Será dada uma sugestão de data ou pedido autorização para que se realize contato por telefone fornecido pelos gestores para facilitar no agendamento da entrevista.

Em relação aos benefícios da participação da pesquisa, não há benefícios diretos, entretanto, sua participação poderá contribuir para o conhecimento sobre o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, fornecendo uma visão aprofundada sobre as características, desafios e tendências do mercado de trabalho, preenchendo lacunas da pesquisa e gerando informações valiosas para acadêmicos, profissionais e formuladores de políticas. Para, além disso, os resultados da pesquisa podem ter um impacto direto nas políticas de saúde mental do

município do Rio de Janeiro, fornecendo evidências e recomendações embasadas em dados empíricos. Isso pode levar a melhorias na alocação de recursos, desenvolvimento de programas de capacitação, estratégias de contratação e retenção de profissionais, e outras ações para fortalecer o mercado de trabalho em saúde mental.

Será garantida a confidencialidade das informações, e a gravação das entrevistas será realizada apenas para facilitar a análise dos dados, com a devida proteção e sem a divulgação dos nomes dos participantes (inclusive iniciais) ou qualquer outra forma que possibilite a identificação individual ou da Instituição. Ressaltamos que a **participação não será remunerada e nem implicará em gastos para os participantes**. Caso seja necessárias eventuais despesas de participação, poderá ser custeada ou ressarcida pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder em responder uma series de perguntas previamente elaboradas sobre a gestão da força de trabalho de saúde mental no município do Rio de Janeiro. A entrevista será realizada em seu local de trabalho ou de modo remoto, em espaço destinado para esse fim, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. A entrevista será conduzida pelo pesquisador Marco Aurélio de Rezende, que fará anotações sobre os temas abordados, assim como será registrada em gravação de áudio e, posteriormente, transcrito para fins de análise. Ressaltamos que o local escolhido será priorizado a garantia da privacidade e o sigilo do entrevistado.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes. A guarda e proteção do material coletado ficará armazenado conforme preconiza a Resolução 510/16 Art. 28, pelo período mínimo de cinco anos.

Ressalta-se, que caso ocorra algum dano decorrente da participação na pesquisa, o entrevistado poderá buscar indenização conforme legislação vigente no Brasil.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do

pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e o pesquisador rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos a seguir:

Pesquisador Responsável: Marco Aurélio de Rezende.
mmalelo@gmail.com, telefone 21 992661431.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Coparticipante: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – RJ - CEP: 20031-04. Telefone: 2215-1485. E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br. Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Ao assinar este documento, o(a) participante declara que entende os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluído(a) na pesquisa.

Você autoriza a gravação de voz da sua entrevista? Sim () Não ()

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO B - Roteiro para Entrevistas Semiestruturadas

O Roteiro de Entrevista será realizado com os seguintes profissionais:

1- Com os profissionais que atuam na Gestão da Coordenação da Área Programática 5.1 e são responsáveis pela implementação, gerenciamento e recursos humanos dos serviços de saúde mental.

- Coordenador da Área Programática da CAP 5.1
- Coordenação do NASF da CAP 5.1
- Coordenação de Saúde Mental da CAP 5.1

2- Profissionais que atuam na gestão central da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Saúde, na Superintendência de Saúde Mental e que são responsáveis pela implementação, gerenciamento e recursos humanos dos serviços de saúde mental.

- Superintendente de Saúde Mental
- Gerente da Rede de Atenção Psicossocial da Zona Oeste

Segue o Roteiro que servirá como referência para as Entrevistas com os referidos gestores:

1. Recrutamento e seleção dos profissionais de saúde.
 - a. Descreva como se organiza o processo
 - b. Quais são os critérios utilizados no processo seletivo?
2. contratação e fixação de profissionais de saúde
 - a. Quais as dificuldades do processo?

- b. Alguma categoria profissional apresenta maior dificuldade que outras? Qual ou quais?
 - c. Existem programas específicos para superar essas dificuldades?
- 3. Existem Notas Técnicas que definem o perfil e atribuições dos profissionais da saúde
 - a. Para todas os postos de trabalho?
- 4. Existem códigos de conduta formalizados?
 - a. Os códigos de conduta são claros e acessíveis aos funcionários?
- 5. Como avalia a formação dos trabalhadores na saúde recém-recrutados?
 - a. Existem ações de Formação e Educação Permanente para a força de trabalho? Quais?
 - b. Existe monitoramento dos resultados dos programas de formação e educação permanente? Como?
- 6. Existe monitoramento de quantitativo de trabalhadores de acordo com as tarefas a serem realizadas?
- 7. Como se dá a supervisão dos trabalhadores?
- 8. Sobre a Remuneração
 - a. Como são definidas as remunerações dos funcionários?
 - b. Como é percebida a compatibilidade das remunerações em relação ao mercado?
 - c. Como é percebida a satisfação dos funcionários com a remuneração recebida?
- 9. Na sua percepção, as informações necessárias para a realização do trabalho estão disponíveis a todos os trabalhadores?
- 10. Sobre a Infraestrutura
 - a. considera adequada assistência ao usuário?
 - b. Qual a disponibilidade dos suprimentos necessários para o trabalho assistencial?
- 11. O trabalho em equipe é valorizado? De que forma?
- 12. Da política e as práticas de recursos humanos

- a. De que maneira as políticas e práticas de RHS existentes respaldam o bom funcionamento da assistência?
 - b. No geral, as práticas têm coincidido com as políticas de recursos humanos desenvolvidas?
 - c. Como se define a lotação dos profissionais? De que forma essa decisão é adotada?
 - d. Quais os principais entraves para a assistência relativamente às políticas e práticas de recursos humanos?
 - e. Existem diferenças na gestão de RH dos funcionários com diferentes modelos de contratação?
 - i. Isso atrapalha o desempenho da assistência?
 - ii. Qual a sua avaliação?
13. Como foi trabalhado os afastamentos profissionais durante a pandemia da Covid19? Houve algum programa de apoio?

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “MERCADO DE TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DE CASO NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO” conduzida por Marco Aurélio de Rezende. Este estudo tem por objetivo analisar o mercado de trabalho para profissionais de Saúde Mental no município do Rio de Janeiro, conhecendo o perfil sociodemográfico dos trabalhadores e a forma como a gestão da força de trabalho em saúde mental é organizada na região. Você foi selecionado (a) por atuar como profissional do campo da Saúde Mental no NASF, CAPS, Ambulatório de Saúde Mental e Equipe de Consultório na Rua na CAP 5.1. Sua participação não é obrigatória. Não sendo necessária sua identificação. Se não quiser participar, apenas saia da página ou não termine de preencher o formulário. Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e confirme sua participação, para seguir para responder ao questionário. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará prejuízo. O preenchimento e devolução do questionário, por meio do link oferecido, serão compreendidos que foi aceito o convite para participar da pesquisa.

Sobre os possíveis riscos da participação no estudo, conforme aponta a Resolução CNS nº 466/12, toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos em diferentes dimensões, como física, psíquica, moral, intelectual, emocional, social, cultural ou espiritual, ainda que em graus mínimos. No contexto deste estudo, é importante considerar os possíveis riscos aos profissionais que responderão ao questionário eletrônico, como a divulgação de informações confidenciais e a possibilidade de discriminação e estigmatização devido a questões sensíveis, como orientação sexual e renda.

Para mitigar esses riscos, o questionário eletrônico será enviado por e-mail ou grupo de WhatsApp, sendo essa solicitação será por mim encaminhada ao Centro de Estudo da CAP 5.1, responsável pela coordenação das pesquisas na Área Programática, que solicite aos Diretores das Unidades, o envio do questionário aos profissionais. Desse modo, o pesquisador, não terá acesso aos e-mails e contatos dos profissionais. As respostas serão realizadas de forma anônima, garantindo a

confidencialidade e o sigilo das informações, além disso, este estudo não tem como objetivo avaliar o processo de trabalho ou a gestão, mas sim conhecer o perfil profissional dos trabalhadores que atuam na saúde mental, abordando principalmente questões para conhecer o perfil dos profissionais que atuam no campo da Saúde Mental na CAP 5.1. Ressalto que o anonimato e voluntariado da pesquisa, assim como as especificidades da pesquisa que busca conhecer o perfil profissional de Saúde Mental que atuam na regional de saúde, podem reduzir os conflitos que possam surgir pela proximidade desse pesquisador e da hierarquia profissional.

Não se observa benefícios diretos na sua participação na pesquisa, entretanto, será fundamental para o conhecimento sobre o mercado de trabalho para profissionais de saúde mental na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, fornecendo uma visão aprofundada sobre as características, desafios e tendências do mercado de trabalho, preenchendo lacunas da pesquisa e gerando informações valiosas para acadêmicos, profissionais e formuladores de políticas. Para além disso, os resultados da pesquisa podem ter um impacto direto nas políticas de saúde mental do município do Rio de Janeiro, fornecendo evidências e recomendações embasadas em dados empíricos. Isso pode levar a melhorias na alocação de recursos, desenvolvimento de programas de capacitação, estratégias de contratação e retenção de profissionais, e outras ações para fortalecer o mercado de trabalho em saúde mental.

Será garantida a confidencialidade das informações, e a gravação das entrevistas será realizada apenas para facilitar a análise dos dados, com a devida proteção e sem a divulgação dos nomes dos participantes (inclusive iniciais) ou qualquer outra forma que possibilite a identificação individual ou da Instituição. Ressaltamos que a participação não será remunerada e nem implicará em gastos para os participantes. Caso seja necessárias eventuais despesas de participação, poderá ser custeada ou ressarcida pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder em responder uma series de perguntas de múltiplas escolhas no formulário eletrônico previamente enviado. Todas as questões com asterisco (*) são fundamentais para análise do estudo, mas você é livre para não responder uma questão que eventualmente não se sentir à vontade para respondê-la. Terá sempre a opção não quero responder, caso não se sinta confortável com a pergunta.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O

pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes. A guarda e proteção do material coletado ficarão armazenados conforme preconiza a Resolução 510/16 Art. 28, pelo período mínimo de cinco anos.

Ressalta-se, que caso ocorra algum dano decorrente da participação na pesquisa, o entrevistado poderá buscar indenização conforme legislação vigente no Brasil.

SOMENTE ACEITE OU NÃO PARTICIPAR DA PESQUISA APÓS LER O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) no presente formulário eletrônico.

O questionário conterà questões sobre o perfil sociodemográfico dos participantes: Dados gerais, Formação, Exercício Profissional e sobre a motivação profissional. Solicitamos a você que imprima uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constam as informações do Comitê de Ética, telefone e e-mail dos pesquisadores, a quem você pode solicitar o retorno dos resultados da pesquisa, se desejar.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos a seguir:

Pesquisador Responsável: Marco Aurélio de Rezende. mmalelo@gmail.com, telefone 21 992661431.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Coparticipante: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – RJ - CEP: 20031-04. Telefone: 2215-1485. E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br. Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Agora que você leu o TCLE, aceite participar da pesquisa assinalando a opção adequada para a questão na sequência, o(a) participante declara que entende os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluído(a) na pesquisa. Solicitamos que o questionário seja respondido e enviado uma única vez. Ressalto que ao confirmar sua participação, você não renunciará a nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum.

ANEXO D – Formulário eletrônico

O Formulário eletrônico está disponível através do Link:
https://docs.google.com/forms/d/1s_ax6mzN4wLv1WTeFJHwC_KT-jW4i7_-RDvin7qAUN0/edit?ts=64753341

E consta uma cópia do formulário num anexo separado ao projeto, conforme está no link para facilitar a visualização e a tabulação do projeto.