



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

ALINE COSTA DANTAS JUNQUILHO

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA:
DILEMAS E DESAFIOS**

Salvador

2025

ALINE COSTA DANTAS JUNQUILHO

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA:
DILEMAS E DESAFIOS**

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador como requisito para obtenção do título de Doutora em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Salvador

2025

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

J95 Junquilha, Aline Costa Dantas

A política de saúde mental no Município de Camaçari-Ba: dilemas e desafios /
Aline Costa Dantas Junquilha. – Salvador, 2025.
155f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria
de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Política de Saúde Mental 2. Rede de Atenção 3. Rede de Assistência
Psicossocial 4. Camaçari I. Pitta, Ana Maria Fernandes – Orientadora
II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
III. Título.

CDU: 616.89(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO


ALINE COSTA DANTAS JUNQUILHO

“A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA: DILEMAS E DESAFIOS”

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 19 de dezembro de 2025.


Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 ANA MARIA FERNANDES PITTA
Data: 13/01/2026 16:45:39-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL (orientadora)

Documento assinado digitalmente
 JULIE SARAH LOURAU ALVES DA SILVA
Data: 02/01/2026 20:48:17-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Julie Sarah Lourau Alves da Silva - UCSAL

Documento assinado digitalmente
 DIRLEY DA CUNHA JUNIOR
Data: 06/01/2026 16:43:43-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Dirley da Cunha Júnior - UCSAL

Documento assinado digitalmente
 SONIA BARROS
Data: 02/01/2026 22:38:04-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Sônia Barros - EEUSP/ IEAUSP

Documento assinado digitalmente
 MARCO JOSE DE OLIVEIRA DUARTE
Data: 24/12/2025 15:16:07-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Marco José de Oliveira Duarte - UFJF

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por toda a caminhada, a Ele que para mim, é o início, o caminho e o fim;

Aos meus pais, minha mãe (Creuza) pelo exemplo de força e por plantar em nossas mentes a importância da educação, ao meu pai (João José) por não medir sacrifícios para garantir a minha formação;

Aos meus irmãos: Anderson e Andreia, pela parceria, apoio e companheirismo incondicional;

À minha família, pelo incentivo e colaboração neste projeto, paciência ao aceitar minhas ausências, estresses e todo apoio. Em especial aos meus filhos: Arthur e Paula (de coração) e André, meu amado esposo, meu incentivador, parceiro e companheiro em todos os momentos;

Aos amigos que sempre me incentivam, apoiam e se alegram com minhas conquistas, não citarei todos, mas sintam-se representados por: Denizia Xavier, pelo incentivo e indicação do programa e Viviane Gois, pelas dicas metodológicas e incentivo.;

À coordenação da Saúde Mental de Camaçari, na pessoa de Marcia Cosme, pela colaboração para esta pesquisa;

Ao município e sua gestão, representada na pessoa de Dr. Luiz Duplat por contribuírem com documentos e autorização para a realização deste doutorado;

A minha orientadora, Ana Pitta, exemplo de luta e dedicação a Política de Saúde Mental no Brasil;

À banca examinadora por terem aceitado o convite e toda contribuição para a pesquisa;

A todos os profissionais, pacientes e familiares, pelas contribuições e por tornarem possível esse trabalho.

A todos que foram importantes no desenvolvimento deste estudo e contribuíram direto ou indiretamente, o meu muito obrigada!

“Temos uma dívida muito grande com os desassistidos e eles têm pressa...”. David Capistrano da Costa Filho (in memoriam)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS- Agente Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BA - Bahia

CASM- Centro de Referência da Saúde da Mulher

CASC - Centro de Referência a Saúde da Criança

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEONC - Centro de Oncologia de Camaçari

CESME- Centro de Especialidades em Saúde Mental

CEP- Conselho de Ética e Pesquisa

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

CETAD- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CER- Centro Especializado em Reabilitação

CSM- Coordenação de Saúde Mental

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNMETS - Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CORSAM - Coordenação Nacional de Saúde Mental

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CRES- Centro de Referência de Especialidades

CTs - Comunidades Terapêuticas

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

DC- Diário de Campo

DML- Depósito de Material de Limpeza

DSS - Distrito Sanitário da Sede

DSC - Distrito Sanitário da Costa

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

eAP- Equipe da Atenção Primária
eMulti - Equipes Multiprofissionais
EC - Emenda Constitucional
eCR- Equipe de Consultório de Rua
ECT- Eletroconvulsoterapia
EqSF - Equipes de Saúde da Família
ESB- Equipe de Saúde Mental
FABAMED- Fundação da Associação Bahiana de Medicina
FESF- Fundação Estatal Saúde da Família
GM- Gabinete Ministerial
GRO- Gerenciamento de Riscos Ocupacionais
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS- Ministério da Saúde
MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MTE- Ministério do Trabalho e Emprego
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NR- Norma Regulamentadora
NUPICS - Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde
PCMSO- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGR - Programa de Gerenciamento de Riscos
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PPGPSC- Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania
PGRSS- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PPRA- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PSM - Política de Saúde Mental
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas
PNE- Portador de Necessidades Especiais
PTS- Projeto Terapêutico Singular
PSF - Programa de Saúde da Família
PIB- Produto Interno Bruto

PICS - Práticas Integrativas Complementares
RAAS- Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAG- Relatório Anual de Gestão
RAS - Redes de Atenção à Saúde
REDA- Regime Especial de Direito Administrativo
RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAME- Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SESAU- Secretaria de Saúde
SM- Saúde Mental
SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos
SP – São Paulo
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
TMC - Transtornos Mentais Comuns
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI- Tecnologia da Informação
UA - Unidades de Acolhimento
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFBA- Universidade Federal da Bahia
UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFAL - Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme
UPA- Unidade de Pronto Atendimento
USA- Unidade de Suporte Avançado
USF- Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Componentes das Redes de Atenção à Saúde.....	37
Figura 2: Fachada do CAPSi	81
Figura 3: Fotos CAPS II Orla.....	83
Figura 4: Fachada do CAPS AD	84
Figura 5: Fachada do CAPS III	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica, da formação e atuação dos profissionais da RAPS, Camaçari, 2024.....	72
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos pacientes e ou familiares, usuários da RAPS, Camaçari 2024.....	73
Tabela 3: Características da formação dos profissionais da rede de atenção psicossocial de Camaçari no que se refere a temática de saúde mental, 2024	95
Tabela 4: Dados referentes a estratégia de apoio técnico pedagógico com base nas informações dos profissionais, 2024	96
Tabela 5: Percepção dos pacientes quanto aos serviços da RAPS, Camaçari, 2024.....	97
Tabela 6: Dados relativos à atenção psicossocial dos profissionais na RAPS do município, com base na informação dos profissionais, 2024	98
Tabela 7: Dados referentes a informações sobre tratamento de usuários da RAPS, Camaçari, 2024	100
Tabela 8: Dados relativos à atenção psicossocial dos profissionais na RAPS do município, com base na informação dos profissionais, 2024	102
Tabela 9: Percepção dos profissionais quanto aos direitos dos usuários com base no questionário adaptado do <i>QualityRights</i>	111
Tabela 10: Percepção dos usuários da RAPS de Camaçari quanto aos direitos dos pacientes da saúde mental, 2024	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Matriz da Rede de Atenção Psicossocial elaborada a partir da Portaria 3.088 de 23/12/2011	44
Quadro 2: Análise da origem e trajetória social e dos volumes de capitais dos agentes entrevistados	67
Quadro 3: Síntese da análise documental – relatório, portarias, e outros documentos normatizadores da rede de assistência à saúde mental de Camaçari, período de 2006 a 2024	71
Quadro 4: Matriz da RAPS de Camaçari, a partir da imagem-objetivo descrita na Portaria 3.088 de 23/12/2011.	79

JUNQUILHO, Aline Costa Dantas. **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA: DILEMAS E DESAFIOS**. Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador. Tese de Doutorado, 155. Salvador, Bahia. 2025

RESUMO

Esta tese analisa a formulação, implementação e os desafios contemporâneos da Política de Saúde Mental no município de Camaçari (BA), à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo parte do pressuposto de que a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) depende de múltiplas dimensões — estruturais, institucionais e simbólicas — que se entrelaçam nos campos burocrático, político e profissional. Com base em abordagem qualitativa e de inspiração sociológica bourdieusiana, a pesquisa examina o contexto histórico, político e social que condicionou a implementação da política local, bem como as trajetórias e percepções dos agentes que atuam na formulação, gestão e execução das ações em saúde mental. Os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores, coordenadores e profissionais da rede, além de análise documental de marcos normativos, e relatórios de gestão. A análise revelou que, apesar de avanços estruturais — como a ampliação dos serviços especializados, a criação de novos CAPS e o início da integração com a Atenção Primária à Saúde —, persistem entraves significativos que comprometem a efetividade da política. Entre eles, destacam-se a fragilidade na coordenação intersetorial, a carência de formação continuada e a insuficiência de recursos humanos qualificados. Observou-se que os agentes locais, embora apresentem baixo capital político e científico, demonstram forte compromisso com o SUS e com a defesa da saúde pública como direito social, o que se traduz em práticas de resistência e inovação no cotidiano dos serviços. As tensões observadas entre os campos político, burocrático e profissional refletem uma disputa simbólica e material pela definição legítima das prioridades e modos de gestão da política. A manutenção de práticas tradicionais, ainda marcadas por lógicas biomédicas e fragmentadas, confronta-se com a emergência de novas demandas e concepções sobre o cuidado em liberdade. Conclui-se que a consolidação da RAPS em Camaçari requer não apenas o fortalecimento institucional da rede, mas também uma redefinição das relações interprofissionais e dos mecanismos de gestão participativa, de modo a promover práticas colaborativas e territorializadas. Como contribuição teórica e prática, o estudo oferece subsídios para a formulação de políticas locais mais coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica e propõe a ampliação de espaços de formação e reflexão coletiva sobre o cuidado em saúde mental. Recomenda-se, ainda, que futuras pesquisas investiguem os impactos da rotatividade de gestores sobre a continuidade das políticas, as condições de trabalho das equipes e as estratégias de articulação entre os níveis de atenção, considerando a complexidade das demandas contemporâneas em saúde mental.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Rede de Atenção. Rede de Assistência Psicossocial. Camaçari.

JUNQUILHO, Aline Costa Dantas. **MENTAL HEALTH POLICY IN THE MUNICIPALITY OF CAMAÇARI-BA: DILEMMAS AND CHALLENGES**. Doctoral thesis presented to the Graduate Program in Social Policies and Citizenship at the Catholic University of Salvador. Doctoral thesis, 155. Salvador, Bahia. 2025

ABSTRACT

This thesis analyzes the formulation, implementation, and contemporary challenges of the Mental Health Policy in the municipality of Camaçari, Bahia, Brazil, in light of the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and the guidelines of the Unified Health System (SUS). The study assumes that the consolidation of the Psychosocial Care Network (RAPS) depends on multiple structural, institutional, and symbolic dimensions that intersect within the bureaucratic, political, and professional fields. Adopting a qualitative and Bourdieusian sociological approach, it examines the historical, political, and social context that conditioned the development of the local policy, as well as the trajectories and perceptions of agents involved in its formulation, management, and execution. Empirical data were collected through semi-structured interviews with managers, coordinators, and network professionals, complemented by documentary analysis of legal frameworks, municipal plans, and technical reports. Findings indicate that, despite structural advances — such as the expansion of specialized services, the creation of new CAPS centers, and stronger integration with Primary Health Care — persistent challenges undermine policy effectiveness. These include fragile intersectoral coordination, administrative discontinuity, insufficient professional training, and a shortage of qualified human resources. Although local agents possess limited political and scientific capital, they show strong commitment to the SUS and the defense of public health as a social right, translating into everyday practices of resistance and innovation. The observed tensions between political, bureaucratic, and professional fields reveal ongoing symbolic and material disputes over the legitimate management of the policy. The persistence of traditional, biomedical-oriented practices coexists with emerging demands and evolving conceptions of care in freedom. The study concludes that consolidating the RAPS in Camaçari requires not only institutional strengthening but also redefined interprofessional relations and participatory management mechanisms that encourage collaborative, community-based practices. As both theoretical and practical contributions, the research provides insights for the design of local policies aligned with Psychiatric Reform principles and calls for expanded opportunities for training and collective reflection on mental health care. Future studies are encouraged to investigate the effects of managerial turnover on policy continuity, working conditions, and strategies for coordination across care levels, acknowledging the complexity of contemporary mental health demands.

Keywords: Mental Health Policy. Health Care Network. Psychosocial Care Network. Camaçari.

JUNQUILHO, Aline Costa Dantas. **LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE DANS LA MUNICIPALITÉ DE CAMAÇARI-BA: DILEMMES ET DÉFIS**. Thèse de doctorat présentée au programme de troisième cycle Politiques sociales et citoyenneté de l'Université catholique de Salvador. Thèse de doctorat, 155. Salvador, Bahia. 2025

RÉSUMÉ

Cette thèse analyse la formulation, la mise en œuvre et les défis contemporains de la politique de santé mentale dans la municipalité de Camaçari (Bahia, Brésil), à la lumière des principes de la Réforme psychiatrique brésilienne et des orientations du Système unique de santé (SUS). Elle part du postulat que la consolidation du Réseau de soins psychosociaux (RAPS) dépend d'une articulation complexe entre les dimensions structurelles, institutionnelles et symboliques qui traversent les champs bureaucratique, politique et professionnel. En adoptant une approche qualitative inspirée de la sociologie de Pierre Bourdieu, la recherche examine le contexte historique, politique et social ayant conditionné la mise en œuvre de la politique locale, ainsi que les trajectoires et perceptions des agents impliqués dans sa formulation, sa gestion et son exécution. Les données empiriques ont été recueillies à travers des entretiens semi-directifs avec des gestionnaires, des coordinateurs et des professionnels du réseau, complétés par l'analyse documentaire de cadres législatifs, de plans municipaux et de rapports techniques. Les résultats révèlent que, malgré certains progrès structurels — tels que l'expansion des services spécialisés, la création de nouveaux centres CAPS et une meilleure intégration avec les soins de santé primaires —, des obstacles persistants compromettent l'efficacité de la politique. Parmi ceux-ci figurent la fragilité de la coordination intersectorielle, la discontinuité administrative, le manque de formation continue et la pénurie de professionnels qualifiés. Bien que les agents locaux disposent d'un capital politique et scientifique limité, ils manifestent un engagement fort envers le SUS et la défense de la santé publique comme droit social, traduisant cet engagement dans des pratiques quotidiennes de résistance et d'innovation. Les tensions observées entre les champs politique, bureaucratique et professionnel reflètent une lutte symbolique et matérielle pour la légitimité de la gestion des politiques. La persistance de pratiques traditionnelles, encore marquées par une logique biomédicale, se confronte à l'émergence de nouvelles demandes et conceptions du soin en liberté. La consolidation du RAPS à Camaçari exige non seulement un renforcement institutionnel, mais aussi une redéfinition des relations interprofessionnelles et des mécanismes de gestion participative favorisant des pratiques collaboratives et ancrées dans le territoire. Cette recherche apporte une contribution théorique et pratique à la compréhension des politiques locales de santé mentale et propose des pistes pour le renforcement de la formation et de la réflexion collective sur le soin. Il est recommandé que de futures études explorent les effets de la rotation des gestionnaires sur la continuité des politiques, les conditions de travail et la coordination entre les niveaux de soins, en tenant compte de la complexité croissante des besoins en santé mentale.

Mots-clés: Politique de santé mentale. Réseau de soins. Réseau de soins psychosociaux. Camaçari.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	20
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL.....	24
3.2 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	26
3.2.2 Avanços e desafios para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental.....	33
3.2.3 Atenção baseada em rede de atenção.....	34
3.2.4 A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.....	43
3.3 SAÚDE MENTAL: CONDIÇÃO, IMPACTOS E REPERCUSSÕES.....	50
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	54
4.1 DESENHO DE ESTUDO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA INVESTIGAÇÃO.....	56
4.1.1 Tipo do estudo.....	56
4.1.2 Local do estudo.....	57
4.1.3 Participantes do estudo.....	58
4.2 COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
4.3.1 Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa.....	63
4.3.2 Quanto ao processo de consentimento livre esclarecido.....	64
5 RESULTADOS ENCONTRADOS.....	66
6 CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICE A: ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE.....	123
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE.....	137
APÊNDICE C - MATRIZ DE ANÁLISE - COMPONENTE QUALITATIVO.....	138
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – COMPONENTE QUANTITATIVO- PROFISSIONAIS.....	140
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – COMPONENTE QUANTITATIVO-PACIENTES E FAMILIARES.....	142
APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO ADAPTADO <i>QUALITYRIGHTS</i> – COMPONENTE QUANTITATIVO-PROFISSIONAIS, PACIENTES E FAMILIARES.....	144

APÊNDICE G - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	146
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental brasileira tem suas raízes na luta pela desinstitucionalização, orientada pela valorização da comunidade e pela defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Desde sua formulação, essa política vem se ampliando, incorporando ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde mental, incluindo o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, bem como a atenção psicossocial direcionada às crianças e adolescentes (Almeida, 2019).

No final da década de 1970, o sistema psiquiátrico nacional era majoritariamente composto por hospitais psiquiátricos, cujas práticas assistenciais se caracterizavam pela violência e por violações sistemáticas dos direitos humanos. Esse contexto evidenciava a urgência de uma reforma estrutural (Almeida, 2019). A partir de experiências pioneiras desenvolvidas em algumas cidades brasileiras, teve início um movimento que culminaria na formulação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), articulada ao processo de redemocratização do país na década de 1980.

Em resposta à necessidade de enfrentamento das violações cometidas nos manicômios, a desinstitucionalização tornou-se prioridade. Essa transformação implicou a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial composta por serviços comunitários, inspirados nas experiências europeias, especialmente as italianas (Almeida, 2019). Tal mudança ocorreu em consonância com a Reforma Sanitária e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual estabeleceu como princípios a descentralização da gestão, a universalidade do acesso e a participação ativa da sociedade civil na formulação e no acompanhamento das políticas públicas.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, com ampla representação de profissionais, usuários e familiares, desempenharam papel decisivo na consolidação dessa política, ao alinharem-se aos movimentos internacionais e fortalecerem o protagonismo dos sujeitos envolvidos. Nesse contexto, o fechamento dos manicômios não se restringe à extinção física das instituições, mas implica a ressignificação de suas lógicas internas, mediante práticas dialógicas, éticas e democráticas, orientadas pelo controle social e pela valorização dos saberes plurais.

A construção de novas formas de cuidado requer a ruptura com relações de poder excludentes e o reconhecimento das necessidades reais das pessoas em sofrimento psíquico. A desinstitucionalização, portanto, não constitui apenas um processo técnico, mas um projeto político de emancipação, que abre caminhos para práticas de cuidado mais humanas, integradas

e territorializadas — como se observa na experiência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Camaçari, foco deste estudo.

A psiquiatria, historicamente, tem sido palco de intensos conflitos, refletindo o desejo humano de dominar o outro por meio da manipulação da mente. Os avanços tecnológicos e as novas concepções científicas contribuíram para o desenvolvimento de diversas ferramentas terapêuticas, baseadas no uso de substâncias psicoativas e em técnicas que provocam alterações fisiológicas. Contudo, a mente humana transcende seus componentes físico-orgânicos. As alterações psíquicas resultam de múltiplos fatores — sociais, culturais, ambientais e biológicos, o que torna seu domínio pleno um desafio ainda distante da ciência (Cavalcanti, 2019).

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas à saúde mental precisam ir além da simples oferta de serviços especializados. Devem comprometer-se com o enfrentamento das complexas situações que impactam o bem-estar coletivo, como emergências sanitárias e humanitárias, desigualdades sociais, polarização ideológica, conflitos políticos prolongados e a crise climática. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), esses fatores contribuem significativamente para o aumento do risco de desenvolvimento de transtornos mentais na população.

Diante da complexidade desses desafios, torna-se imprescindível a formulação de políticas públicas de caráter transversal, capazes de articular intervenções multissetoriais e estruturar uma rede de atenção psicossocial integrada. A ampliação do financiamento e do acesso a ações de assistência, prevenção e promoção da saúde mental constituem elemento essencial para garantir respostas efetivas e sustentáveis. Entre as diretrizes apontadas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental, destaca-se o fortalecimento do papel do Estado na coordenação das ações intersetoriais, com foco na integralidade do cuidado (OMS, 2022; Pereira & Guimarães, 2019).

Nesse cenário, as ações de educação permanente voltadas aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) assumem papel estratégico. São elas que viabilizam a construção de competências e habilidades voltadas à identificação precoce dos problemas de saúde mental, à oferta de cuidado qualificado e, quando necessário, ao encaminhamento para avaliação especializada. A continuidade do acompanhamento e o ordenamento do cuidado devem ocorrer em uma rede articulada que valorize o território, o vínculo e a escuta qualificada como pilares fundamentais da atenção.

Desse modo, a efetividade da Rede de Atenção Psicossocial enfrenta desafios como as mudanças de financiamento e monitoramento que sucatearam a Atenção Primária à Saúde

(APS), a ponto de colocar em risco os princípios postos em Alma Ata¹, que a definiu como a principal porta de entrada da rede e ordenadora do cuidado, condição fundamental à efetividade das redes de atenção.

Neste contexto, o presente estudo propõe como problema central a investigação dos principais desafios que permeiam a implantação da Política de Saúde Mental no município de Camaçari-BA, bem como os entraves à efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A análise considera a persistência de práticas tradicionais, centradas na medicalização e na hospitalização, ao mesmo tempo em que emergem novas demandas em saúde mental, impulsionadas por transformações no perfil epidemiológico da população e pelas exigências contemporâneas da saúde pública. Parte-se da premissa de que tais desafios requerem uma abordagem integral, participativa e territorializada, capaz de promover o cuidado em liberdade e fortalecer os princípios da reforma psiquiátrica.

Dessa forma, a questão-problema que orienta esta pesquisa parte do seguinte questionamento: quais são os principais desafios enfrentados pelo município de Camaçari-BA para a implantação efetiva da Política de Saúde Mental e para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, diante da permanência de práticas tradicionais e da emergência de novas demandas em saúde mental?

¹A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata em 12/09/1978, defendeu a necessidade de ações imediatas, para promover a saúde de todos os povos do mundo. Destacando a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada das redes de atenção e como ordenadora do cuidado entre outras coisas.

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema desta pesquisa está diretamente relacionada à minha trajetória pessoal e profissional, atuo como enfermeira, em diferentes níveis da atenção à saúde no município de Camaçari-BA e em um hospital universitário, essa experiência me proporcionou vivências concretas em que percebo as demandas no campo da saúde mental.

A minha experiência no campo da saúde mental deu-se inicialmente na esfera de usuário, pois compartilhei o cuidado de um tio esquizofrênico, que teve sua atenção em grande parte de sua vida em um ambiente hospitalar, excludente e nada reabilitador, durante minha formação quanto profissional apesar da pouca vivência no cuidado em saúde mental, ficou a certeza de que aquela assistência não era a mais adequada. A partir de então, minha família, opta pelo cuidado em domicílio. No entanto, a atenção psicossocial dispensada a ele pela rede de atenção no município que residíamos, e que não por coincidência é o município campo de estudo, limitou-se a transcrições de receitas.

Na minha trajetória profissional como enfermeira, atuei em unidade de assistência e internação psiquiátrica vinculada a um Hospital Universitário, participei de ações na Atenção Primária à Saúde (APS), exerci funções de coordenação em distrito sanitário. E recentemente atuando em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), observei, de forma direta, a transformação do perfil de morbidade da população trabalhadora assistida, com destaque para o crescimento expressivo dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

A partir dessas experiências, tornou-se evidente a existência de fragilidades na implantação da Política de Saúde Mental no município, bem como na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais fragilidades se manifestam em diferentes dimensões, como a desarticulação entre os serviços, a insuficiência de práticas interdisciplinares e a persistência de um modelo de cuidado centrado na medicalização e na hospitalização. Esse cenário é agravado por dificuldades na gestão local, lacunas na formação dos profissionais e limitações no financiamento público.

Essas experiências permitiram-me observar, de forma crítica e situada, os desafios enfrentados pela rede local de atenção psicossocial, especialmente diante do crescimento expressivo dos transtornos mentais relacionados ao trabalho e da persistência de práticas centradas na medicalização e na hospitalização.

A relevância social do estudo reside na necessidade de compreender os limites e possibilidades da Política de Saúde Mental em contextos municipais, onde se concretiza a maior parte das ações de cuidado. Camaçari, por suas características demográficas, econômicas e

institucionais, constitui um território estratégico para a análise da efetividade das políticas públicas de saúde mental, especialmente no que se refere à articulação dos serviços, à formação dos profissionais e à gestão intersetorial. Ao investigar os dilemas e desafios enfrentados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município, o estudo contribui para o aprimoramento das práticas de cuidado, para a promoção da cidadania e para a construção de estratégias mais eficazes de atenção comunitária.

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa se insere no campo das políticas sociais universais, com enfoque na institucionalização e no controle das ações públicas. Ao articular teoria e prática, o estudo oferece subsídios para o debate sobre a implementação da reforma psiquiátrica em nível local, dialogando com produções científicas que abordam a saúde mental como direito social e campo de disputa política. Além disso, ao valorizar a perspectiva dos agentes envolvidos na formulação e execução da política, a pesquisa amplia o entendimento sobre os processos institucionais e subjetivos que atravessam a construção da atenção psicossocial no Brasil contemporâneo.

O presente estudo, dentro do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania (PPGPSC) insere-se na linha de pesquisa Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle, ao investigar as características, especificidades e os mecanismos de implementação de uma política social de caráter universal, estruturada no âmbito do sistema público de saúde. A pesquisa tem como foco analítico a Política de Saúde Mental no município de Camaçari-BA, considerando seus desdobramentos institucionais e operacionais no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Parte-se do pressuposto que, embora o município disponha de uma rede relativamente estruturada de dispositivos de atenção psicossocial, persistem lacunas significativas que comprometem a efetividade da política.

Diante deste contexto, optou-se por realizar um estudo utilizando como estratégia metodológica o estudo de caso, tendo como campo empírico o município de Camaçari, pelo conhecimento que tenho sobre a rede, o que facilitou a execução da pesquisa, bem como, pelo fato de o município possuir, uma diversidade de equipamentos da RAPS, e, principalmente por acreditar na contribuição que o produto deste trabalho pode oferecer para o planejamento e implementação de melhorias na rede de saúde mental deste município.

A tese está organizada em cinco capítulos, de modo a garantir a coerência entre os objetivos propostos, o percurso metodológico e a análise dos resultados. O primeiro capítulo compreende a introdução e a justificativa do estudo, nas quais são delineados o problema de

pesquisa, os objetivos, a relevância teórica e social do tema e as motivações que orientaram a investigação.

O segundo capítulo, dedicado à revisão de literatura, apresenta o referencial teórico e conceitual que sustenta a análise, abordando o cuidado em saúde mental sob uma perspectiva histórica, política e social, com ênfase na Reforma Psiquiátrica Brasileira, nos retrocessos e avanços da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e na constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse capítulo, discute-se ainda a saúde mental como condição complexa, examinando seus impactos e repercussões no contexto contemporâneo.

O terceiro capítulo contempla os aspectos metodológicos da pesquisa, descrevendo o delineamento adotado, os procedimentos de coleta e análise dos dados, bem como as etapas de sistematização das informações, em consonância com os princípios éticos da pesquisa científica.

O quarto capítulo apresenta os resultados encontrados, analisados à luz dos referenciais teóricos e dos objetivos geral e específicos, buscando compreender as dinâmicas institucionais e interprofissionais que caracterizam a política de saúde mental no município de Camaçari.

Por fim, o quinto capítulo expõe as conclusões do estudo, nas quais são sintetizadas as principais reflexões e contribuições teóricas e práticas, destacando os desafios e as perspectivas para o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental no contexto local e nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação da Política de Saúde Mental no município de Camaçari-BA, com ênfase nos obstáculos à sua efetivação, nos desafios enfrentados pela gestão local e nas implicações para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, o estudo visa: examinar o contexto histórico, político e social que condicionou a implementação da Política de Saúde Mental (PSM) no município de Camaçari, considerando os marcos normativos e institucionais nacionais; investigar as trajetórias, percepções e posicionamentos dos diferentes agentes envolvidos na formulação, gestão e execução da política local de saúde mental; analisar as dinâmicas de interação entre os agentes institucionais da política de saúde mental e os campos burocrático e político do município, identificando tensões, alianças e disputas; descrever as relações interprofissionais estabelecidas entre os integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Camaçari, com foco na articulação dos serviços e na construção de práticas colaborativas; identificar os principais desafios estruturais, institucionais e operacionais que comprometem a efetividade da rede de assistência psicossocial no município, à luz dos princípios da reforma psiquiátrica e da atenção em liberdade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem por objetivo fundamentar teoricamente a pesquisa, situando o leitor no campo conceitual e histórico que sustenta a análise da política de saúde mental no município de Camaçari. A revisão de literatura propõe um percurso reflexivo que parte da compreensão do cuidado em saúde mental como construção social e política, atravessada por disputas de sentidos, transformações institucionais e práticas de atenção baseadas na integralidade do cuidado.

Busca-se, assim, examinar os principais marcos normativos, epistemológicos e ideológicos que configuraram o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, suas conquistas, tensões e desafios contemporâneos. Além disso, este capítulo amplia o debate ao discutir a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as dinâmicas que envolvem o cuidado em liberdade, enfatizando a necessidade de repensar o papel das políticas públicas diante do crescente impacto dos transtornos mentais na vida social, econômica e comunitária. Dessa forma, o leitor é convidado a compreender a saúde mental não apenas como campo técnico, mas como espaço de construção de cidadania e de afirmação dos direitos humanos.

3.1 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL

A convivência da humanidade com a loucura é uma realidade vivenciada há séculos. No entanto, a forma como ela é abordada e compreendida tem se transformado ao longo do tempo. Na Idade Média, predominava a crença de que a loucura estava associada a forças místicas e demoníacas, o que levava à segregação dos indivíduos considerados loucos em asilos, junto aos chamados “desertores da moral”, como os impudicos, portadores de doenças venéreas e mendigos.

Durante a Renascença, embora ainda se observasse uma abordagem excludente, com os loucos condenados a viver fora dos muros da cidade — como andarilhos ou em embarcações — começa a emergir uma nova perspectiva. A loucura passa a ser dissociada do sobrenatural e interpretada como resultado da desorganização da conduta moral, inaugurando uma abordagem racionalista (Silveira & Simanke, 2009).

A partir do século XVII, a loucura passa a ser submetida às resoluções médicas, iniciando-se o processo de sua patologização. A institucionalização se naturaliza e passa a ser indicada por múltiplos motivos, abrangendo pobres, desempregados, criminosos, prostitutas, crianças órfãs e viúvas — dos quais apenas uma pequena parcela apresentava transtornos

mentais. Esse contexto revela o uso da institucionalização como mecanismo de exclusão social e expressão de poder (Silveira & Simanke, 2009).

No século XVIII, Phillippe Pinel — considerado o pai da psiquiatria — propõe mudanças na abordagem da loucura, sugerindo a criação de espaços específicos para o cuidado dos doentes mentais. Seu método, centrado na reeducação dos alienados por meio de medidas firmes, mas menos agressivas, representou um avanço em relação às práticas anteriores. Contudo, com o tempo, sua proposta foi esvaziada, reduzindo-se a uma abordagem coercitiva sob o pretexto da disciplina institucional e da ordem social. Assim, reforçou-se a imposição de poder, a institucionalização da loucura e o consequente isolamento social e familiar dos indivíduos acometidos.

Mesmo com a transição teórica que passou a considerar a loucura como uma doença orgânica — em detrimento da visão moral — os métodos de cuidado mantiveram-se essencialmente os mesmos, perpetuando práticas excludentes e autoritárias.

Na metade do século XX, o psiquiatra italiano Franco Basaglia inaugura uma ruptura significativa ao criticar os modelos vigentes de atenção à saúde mental. Suas propostas, centradas na humanização do cuidado e na crítica à lógica manicomial, reverberaram fortemente na Europa e em outras partes do mundo, especialmente no Brasil, influenciando diretamente os movimentos de Reforma Psiquiátrica e a construção de políticas públicas voltadas à desinstitucionalização.

Braga (2019), compreende o sofrimento psíquico como expressão das contradições do corpo humano, manifestadas no espaço social. Trata-se, portanto, de um fenômeno resultante do intercâmbio entre componentes psicológicos, sociais e orgânicos. Nessa perspectiva, o autor destaca a urgência de ações transformadoras nas relações de poder, uma vez que determinadas práticas — como contenções físicas, coações, o estatuto da periculosidade, a destituição da relação do indivíduo com seu corpo, com os espaços, com as pessoas e com seus direitos civis, são projeções do exercício de poder por parte dos profissionais de saúde. Tais práticas são frequentemente justificadas pela necessidade de manter a chamada ordem pública, atendendo aos interesses de determinados segmentos sociais.

Essa lógica se torna ainda mais perversa quando aplicada a indivíduos em sofrimento psíquico que se envolvem em algum tipo de delito. Nesses casos, as atitudes coercitivas são legitimadas pelas articulações entre instituições como saúde, educação, justiça e assistência social, conformando o que Braga (2019), denomina “círculo de controle” — um sistema de normalização imposto pela força, que reforça a exclusão e a estigmatização.

Para os sujeitos em maior vulnerabilidade social, os efeitos da institucionalização são ainda mais devastadores, resultando em processos irreversíveis de deterioração humana e marginalização. A institucionalização, nesse contexto, deixa de ser apenas uma prática assistencial e passa a operar como dispositivo de controle social.

É fundamental, portanto, reconhecer que a psicopatologia é dialética e não ideológica. Essa distinção confronta a prática psiquiátrica tradicional, que ao tratar o sofrimento psíquico como uma doença exclusivamente orgânica, o interpreta de forma ideológica. Assim, para que a desinstitucionalização se efetive como prática emancipatória, torna-se necessário romper com a ideologia psiquiátrica vigente, abrindo espaço para abordagens que considerem a complexidade e a singularidade do sofrimento humano (Braga, 2019).

Diante das análises sobre a psiquiatria tradicional e da necessidade de romper com práticas excludentes e ideológicas, consolida-se a compreensão de que o cuidado em saúde mental deve ser pautado por abordagens éticas, dialógicas e emancipatórias. Essa mudança de paradigma exige a desconstrução dos dispositivos de poder que historicamente sustentaram a institucionalização da loucura, abrindo caminho para modelos de atenção que reconheçam a complexidade do sofrimento psíquico e a centralidade do sujeito em seu processo de cuidado.

É nesse contexto que se insere a Reforma Psiquiátrica Brasileira, marcada por profundas transformações nas políticas públicas de saúde mental e pela construção de uma rede de atenção psicossocial que visa garantir o cuidado integral, comunitário e territorializado. A seguir, abordamos o percurso histórico e os principais marcos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com destaque para seus avanços, desafios e implicações na organização do cuidado à saúde mental.

3.2 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No Brasil, a história da psiquiatria tem início no século XIX, com a chegada da Família Real Portuguesa. Nessa conjuntura, indivíduos considerados socialmente indesejáveis, como desempregados, mendigos, órfãos, pessoas em situação de marginalidade e portadores de transtornos mentais, eram encaminhados às ruas ou confinados em celas (Devera; Costa-Rosa, 2007).

Em 1830, iniciou-se o processo de medicalização da loucura, com a construção de instituições manicomiais. Entre as décadas de 1930 e 1950, surgem práticas como a eletroconvulsoterapia (ECT) e a lobotomia, inicialmente promovidas como métodos terapêuticos, capazes de promover a cura das doenças mentais. Ao final do século XIX, foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico sob o governo de Dom Pedro II, caracterizado por

condições insalubres e pela segregação dos usuários em relação à sociedade (Devera; Costa-Rosa, 2007).

A partir da década de 1970, em meio ao processo de redemocratização brasileira e à crise do modelo previdenciário, surge a necessidade de reorganizar a saúde mental com base na redução de custos e na crítica ao modelo manicomial (Barroso; Silva, 2011). A Ditadura Militar (1964–1985) compôs o pano de fundo político desse período, caracterizada por censura, autoritarismo e tortura institucionalizada.

O contexto de redemocratização brasileira, da década de 1970, influenciou diretamente a reorientação da assistência em saúde mental. A grave recessão econômica e o colapso do modelo previdenciário pressionaram o Estado a rever gastos, incluindo os relacionados aos hospitais psiquiátricos, o que impulsionou as discussões sobre a reforma do modelo manicomial (Barroso; Silva, 2011).

Em 1978, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) desencadeou uma mobilização crítica ao sistema vigente. Surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por profissionais de saúde, familiares, sindicalistas e usuários, denunciando a violência institucional, a mercantilização da loucura e a hegemonia do saber psiquiátrico tradicional (Amarante; Nunes, 2018).

Com o início da anistia em 1982, a campanha pelas Diretas Já (1983–1984) e a eleição indireta de José Sarney em 1985, abriram espaço para avanços democráticos e discussões em saúde pública (Silva, 2021).

Com o término da Ditadura Militar (1964–1985) e a campanha pelas Diretas Já, novas possibilidades político-sociais emergiram. Em 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), um marco decisivo na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), debatendo temas como a saúde como direito de todos e dever do Estado, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial (Brasil, 1986; Silva, 2021).

Neste contexto, emerge o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), fundamentada na luta antimanicomial, baseada na defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania dos pacientes psiquiátricos.

Em 1987, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) representou um avanço significativo na consolidação das diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde. O evento aprofundou o debate sobre os determinantes sociais da saúde mental, os princípios da reforma sanitária e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, emergiu a proposta do Projeto de Lei nº 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado, voltado à

reestruturação do modelo assistencial vigente, com foco na superação das práticas manicomialis (Brasil, 1988).

Ainda em 1987, foi implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, configurando uma ruptura paradigmática com o modelo hospitalocêntrico e inaugurando uma abordagem territorializada e interdisciplinar de cuidado (Tenório, 2002). No mesmo ano, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e instituiu o dia 18 de maio como marco da Luta Antimanicomial, com o objetivo de fortalecer a mobilização social contra práticas de segregação e promover os avanços da reforma psiquiátrica (Tenório, 2002).

O ano de 1989 foi marcado por dois acontecimentos de grande relevância: a realização das primeiras eleições presidenciais diretas após o regime militar, com a vitória de Fernando Collor de Mello; e a formalização do Projeto de Lei nº 3.657/1989, que propunha a extinção dos hospitais psiquiátricos e a implementação de um modelo substitutivo de atenção psicossocial, inspirado na Lei nº 180/1978 da reforma psiquiátrica italiana (Delgado et al., 2007; Ribeiro; da Silva; de Holanda, 2017).

No mesmo período, ocorreu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, localizada em Santos (SP), determinada pela então prefeita Telma de Souza. A instituição apresentava condições de atendimento degradantes, com relatos de pacientes mantidos em celas, sem vestimenta adequada, e submetidos à eletroconvulsoterapia como forma de punição (Souza, 2019). Durante os cinco anos de intervenção, foram implementadas práticas de cuidado humanizado, com atuação de equipes multiprofissionais, culminando no encerramento definitivo da unidade em 1994 (Brasil, 2005).

A década de 1990 foi decisiva para a institucionalização das políticas públicas de saúde no Brasil. Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1990). No mesmo ano, durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, foi publicada a Declaração de Caracas — documento internacional que estabelece diretrizes para a proteção dos direitos humanos e civis das pessoas com sofrimento psíquico, recomendando a reorganização da atenção psicossocial com base na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos sistemas locais de saúde (Brasil, 2005).

Apesar dos avanços normativos e institucionais, os processos de desinstitucionalização enfrentaram resistência significativa ao longo das décadas de 1980 e 1990, especialmente por

parte de segmentos da psiquiatria privada, que se opunham à desativação dos hospitais psiquiátricos e à implementação de serviços substitutivos (Barroso; Silva, 2011).

A despeito dessas pressões a RPB foi consolidada por meio da promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, denominada Lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A Lei possibilitou o redirecionamento do cuidado, a partir do território e regulamentou as internações como sendo a última estratégia de cuidado (Cavalcanti, 2019).

E dá início a construção de uma rede de atenção à saúde mental, baseada na abordagem, ampliado do cuidado, que objetiva atender as demandas dos indivíduos em sofrimento mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de base comunitária, substitutiva aos manicômios, a partir de equipamentos interligados em todos os níveis de atenção, primária, média e terciária, tendo o CAPS papel estratégico (Brasil, 2001).

A partir desse período, foram instituídas outras formas de participação social no campo da saúde mental. Em dezembro, realizou-se em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), cujo lema — “Cuidar sim, excluir não – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social” — reforçou o papel estratégico da participação popular e do controle social na formulação e implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde publicou uma série de normativas com o intuito de consolidar os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico tradicional. Entre essas medidas, destaca-se a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece os parâmetros operacionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definindo suas modalidades e atribuições. Os CAPS foram concebidos como dispositivos territoriais de cuidado, voltados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, por meio de equipes interdisciplinares, com enfoque comunitário e ações de promoção da saúde (Brasil, 2002a; Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Complementarmente, a Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002, regulamentou a assistência hospitalar psiquiátrica, redefinindo a classificação dos hospitais em pequeno porte (até 80 leitos) e médio porte (até 160 leitos), além de propor a reestruturação dos processos de internação (BRASIL, 2002b). Ainda em 2002, foi instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), com o objetivo de monitorar a qualidade dos hospitais psiquiátricos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e promover o descredenciamento

de instituições que apresentassem inadequações estruturais ou assistenciais (Amarante; Nunes, 2018).

Em 2002, foram incorporados novos CAPS com formatos distintos para atender demandas específicas, tais como os CAPS-I, para atendimento do público infantil e o CAPS AD para o atendimento dos dependentes químicos, álcool e outras drogas. Outro equipamento incorporado à rede de atenção aos pacientes com transtorno mental, foram as residências terapêuticas, estratégia que colaborou fortemente para a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência (Almeida, 2019).

Em 2003, a partir da mudança do Governo Federal da ocasião, observa-se o fortalecimento das diretrizes voltadas à desinstitucionalização no campo da saúde mental. Esse processo é marcado pela ampliação de dispositivos comunitários de cuidado, pela valorização da reabilitação psicossocial e pela promoção da reintegração dos usuários aos espaços sociais, em consonância com os princípios da clínica ampliada e da atenção territorializada.

Nesse contexto, foi instituído o Programa “De Volta para Casa”, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003, que prevê o pagamento de benefício financeiro mensal a indivíduos egressos de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos. O programa tem como finalidade apoiar a reinserção social desses sujeitos, contribuindo para a reconstrução de vínculos familiares, afetivos e comunitários, além de reforçar a lógica da substituição institucional por práticas de cuidado em liberdade (Brasil, 2003). Em 2003, foram beneficiando 206 pacientes, passando para 4.349 em 2014 (Almeida, 2019).

Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088 reorganiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com objetivo de atender as necessidades de pessoas com sofrimento mental e as decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um conjunto articulado de equipamentos de saúde nos distintos pontos de atenção à saúde, com competência distribuídas no nível Federal, Estadual e Municipal. Tendo como uma das diretrizes a promoção da equidade, o reconhecimento dos determinantes sociais, o combate ao preconceito e ao estigma, bem como o respeito aos direitos humanos, garantia da liberdade e autonomia dos indivíduos. Assim como, o foco na garantia do acesso, na oferta de uma atenção integral, humanizada e de qualidade (Brasil, 2011).

Sendo o CAPS o responsável pelos principais atendimentos em saúde mental, estando distribuído por todo o território nacional, possibilitando uma assistência multiprofissional, o mais próximo dos pacientes e de sua família, organizado em diferentes modalidades, o que possibilita o atendimento em 24h e de situações mais complexas.

Enquanto a Atenção Básica (AB), na perspectiva de rede, a partir das Equipes de Saúde da Família, equipes Multi e do Consultório de Rua, se constitui como a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado. As Unidades de Acolhimento (UAs) são serviço de moradia temporária que oferece proteção e cuidado a pessoas em vulnerabilidade social como os indivíduos em uso abusivo de álcool e outras drogas. E a Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis pelo atendimento, acolhimento e classificação de risco das pessoas com problemas de saúde mental e com necessidades provenientes do uso abusivo de álcool e outras drogas, nas situações de crise.

3.2.1 Retrocessos e Disputas na Política de Saúde Mental

No período de 2016 a 2021, observa-se no Brasil um cenário de incertezas e de acelerado desmonte da política de saúde mental, com impactos significativos no atendimento às pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas. A nomeação de um novo coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em dezembro de 2015, gerou forte reação do movimento antimanicomial.

Em 14 de janeiro de 2016, ocorreu a ação "Loucupa Brasília", que repercutiu nas redes sociais e imprensa, reivindicando a saída do coordenador e denunciando retrocessos na política pública (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Sendo este exonerado em maio do mesmo ano.

Ainda em 2016, o impeachment da então presidenta implicou profundas transformações no processo democrático e na condução das políticas sociais. Destaca-se a alteração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o congelamento dos investimentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, a nova gestão reformulou as diretrizes da Atenção Básica no SUS, promovendo mudanças na composição das equipes de saúde, na gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reduzindo a participação do controle social (Brasil, 2017; Melo et al., 2018).

Em outubro de 2016, a Portaria nº 1.482 incluiu as Comunidades Terapêuticas (CTs) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), habilitando seu financiamento com verbas públicas (Brasil, 2016). Logo após, a Emenda Constitucional (EC) nº 95 congelou, por vinte anos, os recursos destinados a políticas sociais, como o SUS, aprofundando o desfinanciamento da saúde pública.

Em dezembro de 2017, realizou-se o "Encontro de Bauru: 30 anos de luta antimanicomial", celebrando o legado da Carta de Bauru e repudiando propostas discutidas pelo Ministério da Saúde que sugerem o retorno das internações em hospitais psiquiátricos

(Conselho Nacional de Saúde, 2018). Nesse contexto, a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Portaria nº 3.588/2017 reformularam a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), enfraquecendo os dispositivos substitutivos e ampliando o financiamento hospitalar (Brasil, 2017).

Em março de 2018, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), pela Resolução nº 1, redefiniu diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas (PNAD), enfatizando o fortalecimento das CTs e a estratégia de abstinência como eixo terapêutico (BRASIL, 2018). Em novembro, a Portaria nº 3.659/2018 suspendeu o repasse de recursos financeiros a diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sob alegação de falhas nos registros de procedimentos (Brasil, 2018). A medida foi contestada por profissionais que apontaram divergência entre os dados oficiais e a realidade dos serviços.

Em 2019, o governo federal publicou a Nota Técnica nº 11, propondo mudanças na PNSM e na PNAD, como o retorno do hospital psiquiátrico como centralidade do cuidado e o incentivo à eletroconvulsoterapia (ECT). A nota foi amplamente repudiada por entidades técnicas e revogada posteriormente pela Nota Técnica nº 38 (Brasil, 2019a; Brasil, 2019b). Em abril, o Decreto nº 9.761 instituiu a nova PNAD, reafirmando a abstinência como norte terapêutico e consolidando o apoio às CTs (Brasil, 2019c).

Com o advento da pandemia de COVID-19, diversos serviços precisaram adaptar suas práticas. Oficinas terapêuticas passaram a ser realizadas remotamente, e os acolhimentos em CAPS 24h tornaram-se mais restritos. Abrigos municipais, por sua vez, ampliaram o tempo de permanência em função das medidas sanitárias (Portaria Nº 340, 2020).

Em dezembro, reportagens revelaram o plano governamental de revogar portarias em saúde mental publicadas entre 1991 e 2014, configurando novo risco de retrocesso (Amado, 2020). Organizações da sociedade civil mobilizaram-se contra a medida, acionando o Ministério Público Federal (Netto, 2020).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, construída com base na desinstitucionalização e na promoção da cidadania dos usuários, enfrenta nos últimos anos desafios concretos à sua continuidade. Frente aos desmontes, torna-se essencial retomar o espírito crítico e coletivo que fundou o movimento antimanicomial, fortalecendo estratégias de resistência e reconduzindo a política pública aos princípios humanistas e democráticos que a inspiraram.

3.2.2 Avanços e desafios para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental

Do ponto de vista da desinstitucionalização, a política de saúde mental apresentou progressos significativos, sendo verificada uma redução de quase 50% nos leitos psiquiátricos, com substituição gradativa da atenção pelos CAPS (Almeida, 2019). Avanço como a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM), nos anos de 1990, possibilitou operacionalizar a política nacional de saúde mental por meio da construção de um arcabouço normativo que objetivou mudanças no modelo assistencial vigente (Simon, Baptista, 2011).

Contudo, apesar dessas alterações, o financiamento ainda está muito aquém do necessário para a efetivação das mudanças propostas na política de SM. Sendo um dos desafios a esta. Somam-se a esses problemas, questões como a qualificação dos profissionais, a adequação da alimentação das informações realizadas pelos serviços, a efetivação da integração da atenção primária com a SM e a ampliação do acesso para o usuário (Almeida, 2019; Simon, Baptista, 2011). O cenário contemporâneo impõe novos desafios à formulação e à implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental, demandando respostas consistentes contextualmente.

A OMS, afirma que convivemos com uma alta prevalência das alterações na saúde mental em todo o mundo, onde, uma em cada oito pessoas vive com algum tipo de transtorno mental. Podendo variar de acordo com o sexo e a idade, estando as mulheres entre as mais acometidas. Enquanto crianças e jovens sofrem mais de transtornos de ansiedade, a depressão, mais presente entre os adultos entre 50 e 96 anos. Quanto ao tipo, os transtornos de ansiedade e a depressão estão entre os mais comuns (OMS, 2022), apontando para uma mudança no perfil epidemiológico da população, sobretudo no que se refere à saúde mental.

Dessa forma, a OMS propõe reformas nos serviços de saúde mental com foco na prevenção ao suicídio em crianças e adolescentes em risco de transtornos mentais e saúde mental no trabalho, assim como o aumento do cuidado para condições comuns. Para tanto, foi celebrado entre os Estados Membros, um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030. Neste documento assumiram o compromisso de cumprir as metas globais para melhoria da Saúde Mental, com foco na governança e cuidados baseados na comunidade, promoção e prevenção, bem como em sistemas de informação e pesquisa. Uma vez que, as últimas análises demonstram um tímido progresso dessas ações, visando um mundo onde se valorize a saúde mental, a partir da garantia ao acesso a serviços de qualidade. E de uma sociedade livre de estigmas e discriminações (OMS, 2022).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, associada a outros fatores tais como, a

baixa qualidade dos serviços, condições socioeconômicas, o estigma e a discriminação, colaboram para que as pessoas não busquem ajuda no cuidado da saúde mental (OMS, 2022). Investir em saúde mental contribui para a melhoria da saúde pública, a defesa dos direitos humanos, bem como para o desenvolvimento econômico. Reduzindo o sofrimento, colaborando para melhora da qualidade de vida e conseqüentemente, com o aumento da sua expectativa. Estratégias como, a integração da saúde física com a mental, podem contribuir com a melhoria do acesso, diminuição da fragmentação do cuidado e conseqüente economia do recurso por evitar duplicidade.

Hirdes (2009), em estudo que buscou contextualizar a RPB destaca a relevância da qualificação dos profissionais como fator central para a transição paradigmática na assistência em saúde mental. A implantação de novos serviços requer operadores aptos a atuar de acordo com estratégias compatíveis com a perspectiva da reforma psiquiátrica. Ressalta que a transformação do modelo assistencial não se efetiva unicamente por meio de dispositivos normativos, mas principalmente por processos de ruptura nos micros espaços institucionais e pela desconstrução das práticas manicomiais ainda presentes tanto entre os profissionais da área quanto no imaginário social.

Nesse sentido, torna-se imprescindível o investimento contínuo na formação técnica e conceitual dos trabalhadores da saúde, objetivando a efetiva incorporação do cuidado em saúde mental às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consolidação de um modelo de atenção psicossocial. A integração das ações de saúde mental ao Programa Saúde da Família (PSF) está intrinsecamente vinculada à apropriação de pressupostos da clínica ampliada por parte dos profissionais, condição essencial para a mudança de paradigma.

Convém destacar que os projetos de reforma psiquiátrica apresentam configurações heterogêneas, sendo suas práticas determinadas pelas concepções teóricas dos sujeitos que os operam. Assim, embora existam princípios orientadores gerais compartilhados, a implementação das ações está sujeita às especificidades dos contextos institucionais nos quais se realizam.

3.2.3 Atenção baseada em rede de atenção

A atenção à saúde mental no Brasil encontra na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) um de seus principais dispositivos organizacionais, instituída pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde. A proposta da RAPS está alicerçada na diretriz da integralidade e visa garantir o cuidado em saúde mental por meio da articulação de diferentes pontos de atenção,

abrangendo desde a atenção primária, passando pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços hospitalares e de urgência, até as estratégias de reabilitação psicossocial. Essa rede, conforme estabelecida pelas normativas nacionais, tem como eixo central a lógica da desinstitucionalização, substituindo gradualmente o modelo manicomial pelo paradigma psicossocial.

A atenção à saúde baseada em redes de atenção, surge na perspectiva de propor mudanças no então sistema de saúde que se apresenta fragmentado e com foco na assistência de eventos agudos. A atenção em rede busca um planejamento baseado em evidências e não em decisões desarticuladas da realidade, com a proposta do cuidado integral, não só das condições agudas, mas, sobretudo, no acompanhamento das condições crônicas, considerando a relação entre os condicionantes e a situação de saúde da população.

Uma vez que, países em desenvolvimento como o Brasil, vive, o que Frenk et al., (1991), denomina de acumulação epidemiológica, ou dupla carga de doença, como sendo um fenômeno caracterizado pelo acúmulo dos antigos problemas de saúde, tais como doenças infecciosas e desnutrição, com as doenças crônicas emergentes, em decorrência das condições de vida atuais. Fazendo um paralelo com a saúde mental, podemos destacar que acumulamos a batalha pela desinstitucionalização dos doentes mentais e garantia de um atendimento humanizado e de qualidade, ao aumento da incidência do sofrimento mental e transtornos mentais comuns, ocasionado pelas condições modernas de vida e trabalho da população.

Esse cenário reflete em altos custos econômicos, em virtude da redução da capacidade laboral da população adoecida e dos crescentes gastos para o enfrentamento destas morbidades, incremento que não refletem em melhoria das condições de saúde e vida da população. Sendo assim, se entende que a natureza das intervenções das doenças crônicas deve ser centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado de forma compartilhada entre os profissionais e pessoas usuárias. Considerando a definição da OMS para sistema de saúde, destacado por Mendes (2011), como sendo:

Conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (Mendes, 2011, p. 45).

Os sistemas de saúde devem promover soluções sistematizada para atender a demandas de um grupo social, devendo ser adequada às condições de saúde de uma população, organizada em uma estrutura de rede onde os pontos de atenção são constituídos por equipamentos com distintas densidade tecnológicas, distribuídos no território de forma a otimizar seu uso de

maneira efetiva e eficiente, atendendo os fundamentos de economia de escala, de substituição², oferta de recursos, qualidade, integração horizontal e vertical e a partir dos territórios sanitários.

O sistema integrado de atenção à saúde, as chamadas Redes de Atenção (RASs) são caracterizadas por um conjunto coordenado de pontos de atenção que oferecem um cuidado integral e contínuo a uma população adscrita. E assim, definida pelo Ministério da Saúde (2010): “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, anexo I, p. 01).

Para tanto, o processo de modelagem de uma rede é sistematizado por momentos, que por sua vez são descritos por Mendes (2011), como sendo contínuo, circunstancial, sem uma sequência definida e sem início e encerramento determinados. Esses momentos são distribuídos em: a análise de situação das redes de atenção à saúde; definição do modelo de atenção à saúde; construção dos territórios sanitários e os níveis de atenção à saúde; desenho das redes de atenção; modelagem da atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde; integração vertical dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde e modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde.

Outros conceitos que precisam ser discutidos neste processo são, o de modelo de atenção e níveis de atenção. Modelo de atenção e descrito por Mendes (2011), como sendo:

[...] são configurações -tipo que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes articulando, singularmente, diferentes intervenções no processo saúde/doença (Mendes, 2011, p.13).

Enquanto, o nível de atenção à saúde, são caracterizados por conformações produtivas organizadas por densidade tecnológica, evoluindo do menos denso, a Atenção Primária da Saúde, seguindo do intermediário, a Atenção Secundária, ao mais denso tecnologicamente, a Atenção Terciária da Saúde. Essa organização é essencial para a otimização dos recursos da saúde. Sendo necessário a conciliação do nível de atenção com os territórios sanitários.

Contudo, vale ressaltar que na RASs, a compreensão de hierarquia é substituída pela de poliarquia, onde a organização da rede ocorre de maneira horizontalizada, desfazendo o

² Os processos de substituição ocorrem com objetivo de garantir uma das características das RASs de prestar assistência com menor custo, em tempo oportuno e normalmente o mais próximo do território. Reorganizando os equipamentos de modo a atender a necessidade da população, a partir dos recursos disponíveis. Teve sua origem na Holanda, com o Relatório Dekker, como base da reforma sanitária holandesa (Dekker Apud Mendes, 1988).

conceito de superioridade de ponto de vista de grau de importância, apenas se distinguindo por sua densidade tecnológica.

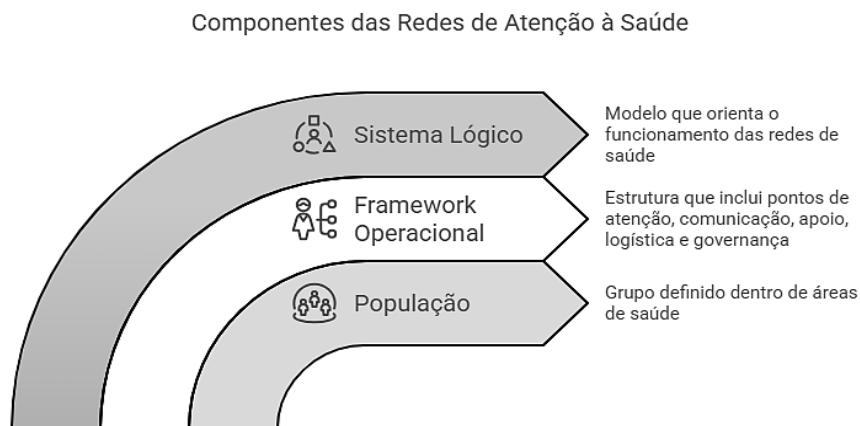
Sendo assim, mudanças no perfil demográfico e epidemiológico de uma população, associado a evoluções tecnológicas, deliberam para uma mudança nos sistemas de atenção à saúde. Onde a ausência da sintonia nessa transição, culmina em uma crise no sistema de atenção (Mendes, 2011).

Considerando a heterogeneidade social, econômica e cultural e sanitária de um país como o Brasil, a construção de uma rede de atenção necessita se adaptar a essa realidade. Sendo modelada a partir de diretrizes operacionais, a partir de conformações sociais e por meio da interação de três elementos: população, um framework operacional e um sistema lógico, como dispostos na figura 1.

Na modelagem em rede a população deve ser definida e pode ser organizada em territórios sanitários. O segundo elemento por sua vez, framework é composto pelos pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação das redes, que deve ser função da atenção primária à saúde; os sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico e de assistência farmacêutica) que são transversais a todas as redes de atenção à saúde; o sistema de apoio; os sistemas logísticos (prontuário único, sistema de regulação e mecanismos de identificação dos usuários e transporte sanitário); e o sistema de governança das redes de atenção à saúde.

O terceiro elemento constitutivo das redes é o sistema lógico de seu funcionamento, que tem como função organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários nas redes de atenção à saúde por meio de sistemas organizados a partir das tecnologias de informação eficiente (Mendes, 2007).

Figura 1: Componentes das Redes de Atenção à Saúde



Contudo, o Brasil vem há alguns anos buscando efetivar a transição do modelo de atenção, através da organização em rede. No entanto, tem sido um desafio, uma vez que apesar da organização teórica em rede, na prática ainda se observa, em alguns municípios, um sistema fortemente hegemônico, mantendo as características de fragmentação, organizados em conjuntos de pontos de atenção, mas que atuam de maneira isolados, sem interação entre eles e sem conseguir prestar o cuidado integral e contínuo.

Este fenômeno pode ser compreendido a partir da observação de Mendes (2011), que chama a atenção para a relação dialética entre os fatores externos ao sistema como as transições demográficas e epidemiológicas da população e os avanços técnicos- científicos e os internos, tais como: financiamento, estrutura organizacional e sua cultura, e o perfil de gestão e da liderança. Sendo que o primeiro altera em ritmo mais acelerado que o segundo, culminando com a sua dificuldade de adaptação.

No entanto, vale a pena discutir a rede na perspectiva de Merhy (2014), que chama atenção para a realidade percebida no território que na maioria das vezes não se adequa a estrutura pragmática posta pelo Ministério da Saúde:

No campo das políticas de saúde pública não tem sido muito diferente. Quando o Ministério da Saúde expressa uma formulação sobre esta discussão, indica uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Sugere uma modelagem de algo analógico, que pudesse ter toda sua previsibilidade definida e, portanto, manejável dentro dessa racionalidade (Merhy et al, 2014, p. 05).

Merhy et al., (2014), lembram que as denominadas *redes vivas* se apresentam de forma fragmentária e processual, configurando-se como estruturas hipertextuais. Tais redes são por vezes circunstanciais e transitórias, passíveis de montagem e desmontagem, enquanto em outras situações se mostram mais estáveis. Entretanto, mesmo nesse estado, seu funcionamento se assemelha às lógicas das redes digitais, caracterizando-se pela capacidade de emergência em qualquer ponto, sem necessidade de seguir um ordenamento sequencial típico das redes analógicas, comportamento próximo ao do hipertexto.

Nesse sentido, ainda que uma rede institucionalizada de tipo analógico, como as configurações primária e secundária de cuidado, possa atuar como elemento disparador, ela será inevitavelmente atravessada por múltiplas outras redes de natureza não analógica (Merhy, 2014). Sobretudo, no que se refere ao cuidado em saúde mental, destaca-se características singulares tais como o fato do usuário, na tessitura das redes de cuidado, atua como um agente nômade e protagonista ativo na produção de seu próprio cuidado.

Observa-se com frequência que os sujeitos constroem redes singulares de conexões em

territórios diversos, mobilizando agenciamentos que, embora frequentemente invisíveis às equipes de saúde, operam segundo uma lógica não linear. Essa lógica é caracterizada pela não linearidade e pela dispersão espacial, não se restringindo a um território ou espaço único. Tal como um nômade, o usuário dá forma singular aos acontecimentos, tornando-se coprodutor de sua trajetória de cuidado (Gomes et al., 2014).

Ainda segundo Merhy, Feuerwerker e Cerqueira apud Hadad e Jorge (2018), o cuidado em saúde configura-se como um território relacional e compartilhado por todos os sujeitos envolvidos nas práticas cuidadoras. Tal território é construído por meio do trabalho vivo em ato, articulando saberes que transcendem os paradigmas clínicos ortodoxos. É nesse espaço de afetividade e trocas que se constituem encontros potencializadores e abrem-se possibilidades para construções negociadas fundamentadas em interesses e afetos, valorizando a autonomia dos usuários e permitindo a integração das ações da equipe de saúde.

A trajetória dos sujeitos na rede de atenção é orientada por suas experiências singulares e pelas necessidades em saúde, vividas em contextos sociais e culturais específicos. Os usuários, nesse sentido, configuram-se como redes vivas e dinâmicas, constantemente engajadas na produção de movimentos, saberes e práticas de cuidado. Essas redes são continuamente construídas nos acontecimentos que se desenrolam no cotidiano, revelando uma multiplicidade de existências.

Desta maneira, trabalhar as multiplicidades é contemplar as singularidades e suas possibilidades do indivíduo para a seara do cuidado, constituindo redes vivas em produção. De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo, o usuário, como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências.

Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser o “correto”, discursando para aquele que nada sabe qual é o modo “mais saudável, a melhor forma de viver”. Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provém do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros (Merhy, 2009).

Nisso, as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos; uma lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais.

Ao passar pela porta de um serviço de saúde parece que convidamos esse outro a deixar

toda vida que traz da rua do lado de fora. Os/As usuários/as produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas equipes de saúde, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas.

De modo muito frequente, os profissionais de saúde não conhecem as várias existências que cada uma dessas pessoas tem quando estas atravessam o muro, passam pela calçada dos serviços e ganham os mundos. O saber do usuário, manifestado em sua circulação pela rede assistencial, entre convergências e divergências, expressa narrativas que escapam aos protocolos instituídos, sendo atravessadas pelos fluxos e sentidos que emergem dos territórios urbanos. Torna-se, portanto, fundamental que os profissionais de saúde, ao acolherem o usuário em seus espaços clínicos, reconheçam e integrem os múltiplos aspectos da vida que o acompanham, inclusive aqueles provenientes do espaço público, como parte constitutiva do cuidado.

Sendo assim, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) é um campo dinâmico e, muitas vezes, informal, atravessado por múltiplos circuitos e fluxos de usuários. Esses fluxos não seguem uma lógica estável, pois são marcados por protagonismos individuais e interesses plurais que desafiam a imposição de uma única racionalidade institucional ordenadora. As RAS, portanto, estão em constante construção, oferecendo um conjunto diverso de ações e serviços acessados conforme as condições sociais, culturais e subjetivas de cada indivíduo (Merhy e Cecílio, 2003).

O conceito de redes vivas, formulado por Merhy et al. (2014), reforça a ideia de mobilidade, protagonismo dos sujeitos e desterritorialização dos percursos assistenciais. Tal concepção propõe uma abordagem integral e holística por parte dos profissionais de saúde, que valorize o saber do usuário e sua experiência singular no processo saúde-doença. A escuta qualificada e a integração das perspectivas dos usuários tornam-se, assim, elementos essenciais para a efetivação do cuidado.

Merhy et al. (2014), problematizam a compreensão da rede apenas como fluxos institucionais e protocolos. Para eles, o cuidado não pode ser reduzido a um organograma ou a um desenho normativo: ele é tecido nos atos de escuta, na sensibilidade dos trabalhadores, nas resistências dos usuários, na criatividade das práticas que escapam ao controle gerencial. Nesse sentido, enquanto Mendes (2011), foca no funcionamento macroestrutural das redes, Merhy et al. (2014), enfatizam a potência micropolítica, onde o cuidado emerge como produção de vida, atravessada por afetos, desejos e multiplicidades.

Em contraste, as redes instituídas por sistemas regulatórios pautados em fluxos hierarquizados tendem à fragmentação e à desarticulação dos serviços. Essa lógica organizacional, marcada pela rigidez e tecnocracia, frequentemente resulta na descontinuidade do cuidado, enfraquece a implicação dos trabalhadores com os resultados de seu trabalho e pode culminar na produção da "não rede", onde o vínculo e a responsabilização são diluídos.

A vulnerabilidade na relação terapêutica entre as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e seus usuários repercute diretamente nas práticas clínicas. As interações marcadas pela fragmentação dos serviços e pela predominância de especializações excessivamente compartimentalizadas, características do modelo hegemônico de organização atual, tendem a invisibilizar dimensões cruciais do sofrimento humano, da autonomia e do potencial emancipação dos indivíduos. Tal configuração pode resultar em encontros pouco produtivos entre profissionais e usuários, comprometendo a qualidade da atenção.

A continuidade do cuidado orientado pelas necessidades específicas de cada pessoa ocorre quando os serviços são estruturados com sensibilidade às diferenças e operam de forma articulada dentro da rede de atenção à saúde. Para isso, é essencial que os profissionais reconheçam e respeitem a pluralidade de trajetórias, promovendo acesso equitativo nos diversos pontos da rede.

Nesse contexto, destaca-se o princípio da longitudinalidade, amplamente referenciado na Política Nacional de Atenção Básica e considerado por muitos pesquisadores como um atributo central e distintivo da atenção primária à saúde. Essa relação favorece práticas integradas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, contribuindo para diagnósticos mais precisos e redução de encaminhamentos dispensáveis para níveis especializados ou procedimentos complexos (Hadad, Jorge, 2018).

Sendo assim, as interações entre profissionais de saúde e usuários, deve se dar a partir da adoção de uma abordagem integral de cuidado, centrada não apenas no sujeito, mas também em sua família e no coletivo ao qual pertence. Essa perspectiva valoriza uma compreensão abrangente da pessoa, não como a soma de partes biológicas, mas como um ser complexo, dotado de trajetória, vínculos e pertencimentos. A escuta qualificada da história de vida do usuário desloca o foco das intervenções estritamente biomédicas, ampliando o campo da atenção para dimensões subjetivas e contextuais (Mattos, 2001).

A prática clínica orientada por essa visão reconhece o papel estruturante dos contextos familiares, sociais e culturais na conformação das necessidades de saúde. Ao incorporar o diálogo como ferramenta essencial, promove-se o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, favorecendo decisões compartilhadas e condutas terapêuticas mais

eficazes (Mattos, 2001).

Tais práticas ampliam a capacidade dos serviços em responder às demandas dos indivíduos de forma contextualizada e sensível, independentemente do grau de complexidade envolvido, contribuindo significativamente para a construção de um cuidado ético, comprometido e corresponsável.

Sendo assim, enquanto a perspectiva de Mendes (2011), privilegia a lógica organizacional, voltada à racionalidade sistêmica e à gestão eficiente, autores como Emerson Elias Merhy e colaboradores (2014), vinculados à Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), propõem um deslocamento analítico ao abordarem o cuidado a partir da noção de "redes vivas". Para esses autores, a rede não se limita a um arranjo institucional pré-estabelecido, mas se constitui nas relações concretas e cotidianas entre trabalhadores, usuários, familiares e territórios. É nesse espaço micropolítico, marcado por encontros singulares e pela produção de subjetividade, que o cuidado se efetiva.

Merhy et al. (2014), problematizam a compreensão da rede apenas como fluxos institucionais e protocolos. Para eles, o cuidado não pode ser reduzido a um organograma ou a um desenho normativo: ele é tecido nos atos de escuta, na sensibilidade dos trabalhadores, nas resistências dos usuários, na criatividade das práticas que escapam ao controle gerencial. Nesse sentido, enquanto Mendes (2011), foca no funcionamento macroestrutural das redes, Merhy et al. (2014), enfatizam a potência micropolítica, onde o cuidado emerge como produção de vida, atravessada por afetos, desejos e multiplicidades.

Ao colocar em diálogo essas duas perspectivas, evidencia-se uma tensão produtiva entre a rede instituída e a rede viva. A RAPS, enquanto política pública, apresenta-se como rede instituída, estruturada normativamente pelo Estado, com diretrizes, portarias e fluxos bem definidos. Essa formalização é fundamental para assegurar a universalidade e a equidade no acesso, bem como para evitar a fragmentação do sistema. Contudo, a efetividade dessa rede só se concretiza quando se reconhece e se valoriza a dimensão micropolítica do cuidado, que não se submete integralmente aos protocolos, mas se reinventa cotidianamente nas interações entre sujeitos.

Essa análise comparativa permite compreender que, se por um lado, Mendes (2011), oferece uma matriz teórico-gerencial indispensável para organizar e sustentar o SUS e a RAPS, por outro, Merhy et al. (2014), trazem a crítica fundamental de que as redes não são apenas instituídas, mas também vivas, feitas de encontros que produzem novas formas de existir e de cuidar. A rede, nesse sentido, não é apenas uma estrutura, mas um processo em constante

transformação, onde as relações sociais, culturais e afetivas produzem efeitos muitas vezes imprevisíveis.

A conjugação desses dois referenciais amplia a análise sobre os desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). O risco de se ater unicamente à perspectiva macroestrutural, como adverte Merhy é transformar a rede em um desenho formal e burocrático, incapaz de responder às necessidades singulares dos sujeitos. Por outro lado, a ausência de normatização e de coordenação macro pode fragilizar a sustentabilidade do sistema, expondo-o à fragmentação e ao imprevisto. Assim, o desafio contemporâneo da RAPS é articular, dialeticamente, a racionalidade sistêmica de Mendes e a vitalidade micropolítica de Merhy, construindo uma rede que seja ao mesmo tempo estruturada e viva.

Na prática, isso implica reconhecer que o cuidado em saúde mental se dá tanto nos serviços formais (CAPS, UBS, hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos) quanto nos espaços informais da vida social, onde se produzem pertencimentos, afetos e redes de apoio. Significa, também, investir em processos de formação profissional que valorizem a escuta, a empatia e a construção compartilhada do cuidado, para além da lógica meramente técnico-burocrática.

Portanto, pensar a atenção baseada em rede de atenção no campo da saúde mental exige uma análise que contemple simultaneamente os arranjos institucionais e as dinâmicas micropolíticas. A integração entre a visão sistêmica de Mendes (2011), e a abordagem das redes vivas de Merhy et al. (2014), possibilita compreender a complexidade do cuidado, evidenciando que sua efetividade depende não apenas de políticas bem desenhadas, mas da potência criativa dos encontros que atravessam o cotidiano dos serviços e das comunidades.

3.2.4 A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, descreve em suas diretrizes que a mesma deve funcionar respeitando os direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade dos indivíduos; reconhecendo os determinantes sociais da saúde e garantindo a promoção e equidade na atenção; combatendo o estigmas e preconceitos; garantindo o acesso e qualidade dos serviços, por meio de uma atenção integral, humanizado, de forma multiprofissional, com estratégias de cuidado diversificado, centrada nas demandas do usuário e na construção de projeto terapêutico singular (PTS).

Ainda como diretriz, as atividades devem ser desenvolvidas no território, facilitando a

inclusão social, a autonomia do sujeito e o controle social do usuário e sua família, organizada na lógica de rede de atenção regionalizada, desenvolvendo estratégias como a Redução de Danos, da educação permanente e exercício da cidadania (Brasil, 2011).

Tendo como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, garantir o acesso aos pontos da rede aos indivíduos com transtornos mentais e com necessidades proveniente do consumo de crack, álcool e outras, bem como de seus familiares e por fim assegurar a integração e articulação dos pontos de atenção das redes de saúde no território, resultando cuidado qualificado através do acolhimento, acompanhamento continuado e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Entre os objetivos específicos a RAPS está o de ofertar cuidados em saúde, como atenção especial a grupos em maior vulnerabilidade tais como: criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; com foco na redução de danos decorrentes do uso dessas substâncias; e na reabilitação e a reinserção desses pacientes à sociedade por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.

Para tanto, possui ainda, como objetivos a oferta de educação permanente aos profissionais de saúde; a articulação intersetorial para o desenvolvimento de ações de prevenção e redução de danos, a produção e disponibilização de informação sobre os direitos e os serviços oferecidos na rede e por fim regular, organizar e monitorar os fluxos assistenciais, assim como avaliar através dos indicadores a qualidade dos serviços (Brasil, 2011).

Para tanto, a rede foi pensada a partir de seus componentes, com pontos e funções determinadas, descritas na matriz a seguir (Quadro 1).

Quadro 1: Matriz da Rede de Atenção Psicossocial elaborada a partir da Portaria 3.088 de 23/12/2011

MATRIZ DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		
NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO	SERVIÇOS OFERTADOS/PAPEL NA REDE
Atenção básica em saúde	a) Unidades Básicas de saúde (UBS) b) Equipe de atenção básica para populações específicas: <ul style="list-style-type: none"> • Equipe de Consultório na Rua; • Equipe de apoio aos serviços do 	a) As UBS desenvolvem ações de atenção individual e coletiva, para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos com objetivo de prestar a atenção integral impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas e

	<p>componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório;</p> <p>c) Centros de Convivência;</p>	<p>nos determinantes e condicionantes de saúde da população;</p> <p>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe multiprofissional, composta por diferentes categorias, distintas da equipe básica das UBS, foi instituída para desenvolver um trabalho integrado com as equipes das UBS, desempenhando papel de apoio matricial e sempre que necessário na assistência compartilhada da população*.</p> <p>b) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Equipe de Consultório na Rua: composta por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações de cuidados de saúde, inclusive ações de redução de danos para a população em situação de rua, sendo responsável pela assistência em saúde mental das pessoas em situação de rua em geral, com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas ● Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: pensada para ofertar assistência clínica e apoio aos pontos de atenção, de maneira longitudinal e por meio da articulação com os demais pontos da rede. <p>c) Centro de Convivência: é serviço público, articulado com as Redes de Atenção à Saúde, especialmente a RAPS, com a finalidade de oferecer um ambiente de socialização, produção e interação cultural e com a comunidade.</p>
Atenção psicossocial especializada,	a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;	O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) composto por uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar e tem como

		público-alvo pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e indivíduos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com atuação territorial, oferecendo tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Classificados nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i
Atenção de urgência e emergência,	<ul style="list-style-type: none"> a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) leitos hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; 	Os pontos de atenção de urgência e emergência, no âmbito da saúde mental, respeitando seu nível de complexidade, são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Atenção residencial de caráter transitório,	<ul style="list-style-type: none"> a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; 	<p>Unidade de Acolhimento: oferecem assistência de saúde com atendimento 24h, em um espaço residencial a pessoas demandas provenientes do consumo de crack, álcool e outras drogas, em importante condição de vulnerabilidade social e/ou familiar, com necessidade de acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório não podendo sua permanência ser superior a seis meses;</p> <p>Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde responsável pelo cuidado contínuos de saúde, para adultos com quadros estáveis clinicamente decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.de caráter residencial transitório por até nove meses</p>
Atenção hospitalar,	<ul style="list-style-type: none"> a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com 	As enfermarias especializadas em Hospital Geral disponibilizam tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em

	sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;	especial de abstinências e intoxicações severas; Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferece atenção hospitalar, em curta duração atendendo o previsto nas determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001,
Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:	Serviços Terapêuticos; e Residenciais	Serviços Residenciais Terapêuticos, são moradias constituídas para receber pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.
Reabilitação psicossocial.		O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é formado por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Fonte: Adaptação da Portaria MS/GM Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

Segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o Brasil tem cadastrado em 2025, 3493 CAPS, sendo 309 na Bahia, o Nordeste possui 33% dos serviços cadastrados, ficando atrás apenas do Sudeste com 38%. Quanto aos leitos psiquiátricos, a Bahia possui 394 leitos SUS, em sua maioria (215) em hospitais especializados, 15 em um CAPS III e os demais em hospitais gerais (164). As Unidades de Atenção em Regime Residencial cadastradas no CNES são 74, concentradas no sul do país, quase 80%. No Nordeste só foram identificadas 03 unidades: Maranhão, Piauí e no Rio Grande do Norte (CNES, 2025).

Em 2024, o Brasil alcançou um marco histórico no processo de expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ultrapassando a marca de 3.000 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados em todo o território nacional. Ao final do referido ano, registraram-se 3.019 unidades em funcionamento, com presença em 2.007 municípios distintos, evidenciando a ampla capilaridade e abrangência dessa rede assistencial. Além do crescimento quantitativo, verificou-se também avanço no índice de cobertura populacional: atualmente, há 1,13 CAPS para cada 100 mil habitantes, parâmetro que posiciona o Brasil, em âmbito internacional, entre

os países com as maiores redes públicas de atenção em saúde mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2024).

No biênio 2023–2024, foram incorporados 603 novos serviços à RAPS, representando um incremento superior a 10% em relação ao número registrado em 2022. Nesse mesmo período, consolidou-se a marca de 6.379 serviços habilitados em diferentes modalidades, resultado de uma política que busca ampliar o acesso e diversificar os pontos de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2024).

Outro aspecto de relevância refere-se ao reajuste dos valores destinados ao custeio das unidades. Entre 2023 e 2024, os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) tiveram aumento de 27% em seus repasses, enquanto as Unidades de Acolhimento (UA) receberam reajuste de 100%. Ademais, o Programa de Volta para Casa obteve ampliação de 51% no valor de seu auxílio financeiro. Esse conjunto de medidas foi acompanhado por um acréscimo de R\$ 614.370.160,00 no orçamento da RAPS, o que corresponde a um crescimento de 35% em comparação ao exercício de 2022.

Cabe destacar, ainda, a regulamentação dos Centros de Convivência, conquista aguardada por mais de três décadas e considerada um marco histórico para a política de saúde mental no país. No campo da participação social, ressalta-se a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio (CNSM), em 2023, coordenada pelo Conselho Nacional de Saúde em parceria com os conselhos estaduais, municipais e distrital.

O evento reuniu profissionais, gestores, usuários e usuárias da RAPS, sob o tema: “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”. A conferência reafirmou os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, fortalecendo o compromisso com o cuidado em liberdade e a expansão dos serviços psicossociais no âmbito do SUS (Brasil, Ministério da Saúde, 2024).

Contudo, apesar das mudanças no campo do financiamento implementadas, tais como, a realocação do recurso, que anteriormente era predominantemente para o nível hospitalar, e sofre uma de redução de 95% para 30%. Enquanto os serviços comunitários recebem um aporte financeiro significativo, numa esfera 15 vezes superior, quando comparados os dois períodos. Almeida (2019), chama atenção quanto a posição do governo depois de 2016, apresentando rupturas com as ideias iniciais. Inclusive com objetivos contrários aos almejados anteriormente. Uma vez que, determinadas ações que fortalecem a política de institucionalização normativa, colocam em risco os resultados alcançados, sob a desculpa da melhoria do acesso, da efetividade e resolutividade da rede.

A Nota Técnica Nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS, a Portaria nº 3.588/2017 e a

Portaria Interministerial nº 2/2017, publicadas em dezembro de 2017, propõem ações de incentivo aos hospitais psiquiátricos, contrariando totalmente o caminho percorrido para a desinstitucionalização. E ainda, a Lei nº 13.840/2019, que agravado pelo contexto político, que aprova a Emenda Constitucional 95, em dezembro de 2016, impacta ainda mais no financiamento dos serviços de saúde, evidenciando o risco de retrocesso e o abandono aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Braga, 2019).

Cavalcanti (2019), pontua em seu trabalho que apesar dos avanços do ponto de vista da criação da rede de assistência psicossocial e da ampliação no número de CAPS e da evidente melhora no atendimento prestado aos indivíduos em sofrimento mental, isso não refletiu efetivamente na melhora da assistência aos pacientes e conseqüentemente na qualidade de sua vida.

O processo da reforma psiquiátrica não conseguiu reverter a imagem dessas pessoas perante a sociedade. Do ponto de vista da rede, destacam-se algumas ações como: a ampliação no número de CAPS e das residências terapêuticas, a criação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, equipamentos importantes ao processo de desinstitucionalização, o trabalho de sensibilização dos usuários e de seus familiares, quanto a qualidade e efetividade de serviços comunitários em detrimento dos hospitalares.

O envolvimento dos profissionais de saúde mental, também foi destacado como imprescindível na implementação desse novo modelo. Assim como, o fortalecimento da atenção básica, a partir da Estratégia da Saúde da Família e do apoio matricial pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)³, as atuais equipes Multi, contribuíram para a integração com a SM. Contudo, não podemos afirmar que essa ampliação tenha sido suficiente para atender a demanda, uma vez que poucas são as informações no que se refere a pacientes que não conseguem acessar a rede. (Cavalcanti, 2019).

Estudos destacam fragilidade na rede de atenção psicossocial com a centralidade nos CAPS, com pouca abrangência no território, com oferta de atendimento individualizado, com ações repetitivas, reproduzindo um modelo biologicista, centrado na figura do médico e das especialidades. Somado a isso identificam-se equipes que apresentam dificuldades/resistência na atenção às crises (Pereira, 2019; Simon, Baptista, 2011).

Situações como a alta rotatividade de profissionais, vínculos precários, pequena carga

³ O NASF foi criado em 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2008, objetivando ampliar a resolutividade das equipes de saúde da família. Tendo suas normas revogadas através da Nota Técnica nº 3/2020. Em 2023, o Ministério da Saúde instituiu a eMulti, por meio da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Assim como o NASF, as eMulti são constituídas por profissionais de categorias e áreas distintas das ESF com o mesmo objetivo de ampliar o escopo de ação das equipes básicas.

horária, baixos salários e dificuldade de romper com paradigmas do processo de trabalho, prejudicam a percepção do papel matriciador das equipes dos NASF, bem como as mudanças do modelo, biomédico com foco no atendimento individual. A falta de envolvimento dos profissionais na estratégia do matriciamento é pontuada como possível causa da dificuldade de incorporação dessa prática pelos profissionais e fragilidades na Educação Permanente dos profissionais somam-se a essa situação. Todas essas dificuldades se constituem em barreira para incorporação das ações de SM na Atenção Primária à Saúde.

As dificuldades apontadas nos processos de trabalho das equipes de saúde podem ter sua origem na formação desses profissionais Barros e Luccheses (2006), fazendo um recorte para o contexto da formação da enfermagem revelam em seu estudo a observação do predomínio dos métodos pedagógicos tradicionais e tecnicistas no ensino da enfermagem, considerados excessivamente burocráticos e de pouca relevância para os alunos.

E destacam que para transformar essa realidade, é essencial que o educador em compreenda o contexto histórico e social em que está inserido e reconheça os paradigmas contemporâneos que devem nortear sua prática educativa, permitindo uma evolução da abordagem técnica no ensino.

Uma vez que para atuação na saúde mental, é crucial reavaliar e questionar as metodologias empregadas, refletindo sobre a práxis e buscando estratégias inovadoras que promovam o aprendizado por meio de ações transformadoras, contribuindo para o desenvolvimento da competência dos futuros profissionais.

Guimarães et al (2023), Cavalcanti (2019), citando o trabalho de Thornicroft & Tansella (2004), apresenta evidências que a qualificação dos serviços ofertados pela atenção primária com a retaguarda técnico pedagógica do NASF, e equipes a fins, nos países de pouco recurso, seriam o mais indicado na oferta de saúde mental. Enquanto países em situação econômica intermediária poderiam acrescentar serviços ambulatoriais de psiquiatria comunitários, além de serviços de residência terapêutica e estratégias para ocupação e geração de emprego, considerando a finitude dos recursos.

Nesta senda, a efetivação da rede de atenção psicossocial social enfrenta velhos obstáculos, que se somam aos novos apresentados em decorrência das mudanças no perfil epidemiológico.

3.3 SAÚDE MENTAL: CONDIÇÃO, IMPACTOS E REPERCUSSÕES

Observa-se que a saúde mental da população mundial vem sendo afetada por diversos

fatores nos últimos anos, entre eles, a pandemia do COVID-19. Estimativa que os casos de transtornos mentais comuns, como a ansiedade e depressão aumentaram em 25% no primeiro ano de seu curso, com destaque para países mais acometidos por esta. Esta situação foi ainda mais agravada em virtude da interrupção da oferta dos serviços de cuidado à saúde mental em seu curso.

Globalmente, as mulheres foram as mais comprometidas, o que pode estar relacionado a uma maior vulnerabilidade aos problemas sociais e econômicos da pandemia. Outro grupo bastante afetado foram os jovens e idosos, provavelmente em virtude de ser a faixa etária mais afetada pelo isolamento social, em decorrência dos fechamentos das escolas e da indicação clínica de isolamento dos idosos, pertencentes ao grupo dos vulneráveis.

Outro fator determinante para a perda da saúde mental são as novas formas de organização do trabalho, focadas no incremento da produtividade e intensificação deste, tornando o ambiente de trabalho gerador de novos riscos, que resultam em maior exigência e sobrecarga para trabalhadores e trabalhadoras. Podendo repercutir negativamente sobre a sua saúde física e mental.

A cronificação do estresse no trabalho, o excesso de trabalho, a inadequação na organização e dos processos de trabalho, como liderança deficiente, impactam nos resultados, refletindo em baixo desempenho, alta rotatividade e pouca criatividade. Que por sua vez, influenciam na saúde do trabalhador promovendo alteração no padrão do sono, quadros depressivos e doenças cardiovasculares (Shuck et al., 2021). O que pode refletir em um aumento estimado de 5% a 8% dos custos anuais com a atenção à saúde de trabalhadores (Goh et al., 2015b apud Shuck et al., 2021).

Segundo dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2020 e 2024 houve um acréscimo de 250% nas notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil. Na Bahia esse acréscimo foi em torno de 300%, ainda com base nesses dados, observa-se que 87% dessas notificações foram realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Considerando a limitação de acesso a esse serviço pode-se inferir quanto a subnotificação desse agravo, situação comum a todas as doenças e agravos relacionados ao trabalho. No entanto, no caso de transtorno mental, somam-se outras dificuldades tais como: estigma, preconceito, dificuldade de acesso ao diagnóstico e aos aspectos relacionados à subjetividade encontradas nos ambientes e processos de trabalhos, que dificultam a relação do nexa (Brasil, 2025). Segundo o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, as doenças mentais e comportamentais correspondem à segunda causa de afastamento do trabalho por

doença, perdendo apenas para as doenças osteomusculares. (Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, 2025).

Compreendendo essas limitações o Ministério do Trabalho e Emprego por meio da Portaria MTE nº 1.419/2024, promove a atualização do Capítulo 1.5 da Norma Regulamentadora (NR-01), que trata do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), passando a incluir a avaliação de riscos psicossociais nas suas avaliações. A partir de então, passa a ser exigido que as empresas incorporem no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), a identificação, avaliação e gerenciamento dos riscos psicossociais, como estresse, assédio e sobrecarga de trabalho.

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), representam um impacto na economia, uma vez que promovem a perda da produtividade, além de outros custos indiretos à sociedade. Os TCM apesar de não figurar entre os mais dispendiosos ao serviço de saúde, assim como esquizofrenia, estão entre os mais prevalentes.

Contudo, o sistema de assistência à saúde mental no mundo, não corresponde às suas necessidades. Apresentando um déficit nas esferas da informação, pesquisa e assistência. Em média, são utilizados apenas 2% do recurso do orçamento da saúde ao cuidado da saúde mental. Deste valor mais de 70% são destinados aos gastos com hospitalizações psiquiátricas.

A oferta de serviços básicos de assistência à saúde mental apresenta indicadores que demonstram suas fragilidades, tais como a baixa oferta de psiquiatras em metade dos países do mundo, correspondendo a um psiquiatra para atender mais de 200.000 pessoas e a pequena disponibilidade de psicotrópicos a preços acessíveis (OPAS, 2022).

Nos países em desenvolvimento, 76% a 85% dos indivíduos com transtorno mental não têm acesso a nenhum tipo de tratamento. Esses valores diminuem um pouco quando se trata de países desenvolvidos, que variam de 35% a 50% dessa população (OPAS, 2022).

Desta forma, considerando a necessidade de intervenções multissetoriais, é essencial a formulação de políticas públicas transversais que organizem a rede de atendimento, com ampliação do seu financiamento e conseqüentemente do acesso a serviço e ações de assistência, prevenção e promoção. Entre as diversas ações necessárias à melhoria da assistência prestada a essa população.

As ações de educação permanente para os profissionais, sobretudo da rede primária, são primordiais para produção de competência e habilidades que possibilitem a detecção dos problemas de saúde mental, promovam cuidado e apoio adequado e se necessário realizar encaminhamento para a avaliação especializada. E desta forma, possa desenvolver sua função

de ordenadora do cuidado, assim como de uma articulação efetiva entre os pontos da rede, refletindo em uma atenção integral ao usuário do SUS.

Sendo assim, as transições epidemiológica, econômica, demográfica e sociais ocorridas na população brasileira, sobretudo nos últimos anos, faz surgir a necessidade de incorporação de novos processos organizativos que se adaptem às necessidades atuais.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo tem como base o referencial teórico da sociologia reflexiva de Pierre Bourdieu e a abordagem sócio-histórica proposta por Pinell (2010), com o objetivo de entender o processo de produção social que viabilizou a implementação da Política de Saúde Mental no município de Camaçari-BA, além da criação da rede de assistência psicossocial (RAPS). A partir disso, busca-se identificar os desafios enfrentados para efetivar o cuidado integral e humanizado, levando em consideração as mudanças sociais e o perfil epidemiológico da saúde mental da população contemporânea.

Vieira et al. (2016), destacam a importância dos estudos sócio-históricos na análise das políticas de saúde, pois esses estudos oferecem uma visão das perspectivas futuras, retratando as possibilidades e obstáculos oriundos de diferentes contextos históricos. De acordo com Bourdieu, a história é essencial para compreender o mundo social e romper com o senso comum, o que é fundamental para a construção do conhecimento científico.

A análise da origem de uma política de saúde permite compreender os componentes estruturais e os processos sociais que possibilitaram sua criação. Dessa forma, estudar o espaço de possibilidades, onde os agentes desenvolveram suas trajetórias, interagindo para moldá-lo ou limitá-lo, possibilita captar os resultados dessa interação em um determinado período (Vieira et al., 2016).

Citando Bourdieu, Chamboredon e Passeron, que se basearam na epistemologia de Bachelard, Vieira-da-Silva e colaboradores (2016), ressaltam que somente ao romper com o senso comum é possível identificar os reais problemas de investigação. Muitas vezes, esses problemas são confundidos com questões de saúde e gestão. Dessa maneira, o processo de análise de uma política de saúde pode se restringir a responder questões que, apesar de fornecerem informações essenciais para a gestão, não esclarecem os processos e motivações que levaram à criação das políticas, nem as implicações e os resultados de sua implementação.

Entender os motivos históricos que fundamentaram a formulação da Política de Saúde Mental no Brasil e sua implementação em Camaçari, assim como a trajetória dos agentes envolvidos na luta antimanicomial e sua relação com a reforma sanitária, contribui para compreender o grau de implantação dessa política no município e seus desafios futuros.

Pinell (2010), argumenta que, para estudar uma política de saúde, é necessário identificar o espaço social, a dinâmica do jogo social, as estratégias e os interesses envolvidos na sua construção, assim como os fatores que determinaram sua criação e manutenção. Dessa forma, abordaremos conceitos de Bourdieu, como espaço social, capital, campo e *habitus*,

buscando entender como eles interagem entre si e se manifestam de diferentes formas.

O conceito de espaço social, segundo Bourdieu, refere-se ao "conjunto de todas as posições possíveis para ocupação em qualquer momento ou local dado" (Bourdieu, 2018, p. 296). As configurações desse espaço dependem da quantidade e da forma do capital econômico ou simbólico, presentes em uma sociedade. Ele também afirma que a posição escolhida pelos agentes define os espaços: "a estrutura do espaço social é a sedimentação num dado momento do ponto de vista de todo e qualquer indivíduo e sua trajetória pretendida ao longo do tempo" (Bourdieu, 2018, p. 297).

Por outro lado, "campo" é definido como "um subconjunto particular das posições disponíveis que recebe coerência através dos interesses, atividades e disposições compartilhadas pelos participantes" (Bourdieu, 2018, p. 298). O espaço social se refere às posições que os agentes ocupam em campos específicos, que são competitivos e onde os agentes disputam posições para acumular capitais.

Vieira et al. (2016, p. 22), descrevem o campo como um microcosmo com relativa autonomia, constituído por uma rede onde os agentes (pessoas e instituições) que compartilham do mesmo *habitus* e de uma *illusio* se relacionam. Os campos podem ser classificados em: científico, burocrático, econômico, filosófico e religioso, sendo que o capital cultural e o capital econômico são os mais influentes em sua dinâmica. Nesses espaços, as decisões e gostos são moldados pelo *habitus*, que vincula práticas e bens dos agentes (Thomson, 2018).

O campo burocrático pode ser entendido como um espaço de disputas onde o Estado exerce influência, tanto na estrutura quanto nas percepções e pensamentos de seus agentes. Nesse campo, o poder simbólico do Estado é fundamental, pois ele acumula diferentes capitais para legitimar suas regras e concentrar poder, moldando toda a estrutura, desde as formas de comunicação até a organização da sociedade (Bourdieu, 1996). No campo do poder, os agentes que detêm capitais competem pelo controle do metacapital do Estado.

O capital burocrático pode ser analisado por meio dos atos de poder exercidos por agentes nomeados pelo Estado ou pelos cargos ocupados, que conferem autoridade a esses agentes (Bourdieu, 1996). O capital político pode ser identificado pela "posição dos agentes na hierarquia dos aparelhos políticos" (Bourdieu, 1986, p. 32).

No campo científico, a luta é focada no monopólio da autoridade científica, que é definida como a capacidade técnica e o poder social. Bourdieu (1983), afirma que o que está em jogo nessa luta é o monopólio da competência científica, que garante autoridade para agir e falar legitimamente.

Segundo Bourdieu, os capitais podem ser classificados em: econômico, que se refere a

bens e dinheiro; cultural, relativo ao conhecimento, à cultura e à forma de expressão; social, determinado pelas redes de filiação familiar, religiosa e cultural; e simbólico, que abrange outras formas de capital, como as credenciais. A distribuição desses capitais confere vantagens nos espaços sociais e facilita o acúmulo de mais capitais (Bourdieu, 2018).

O conceito de *Habitus* permite superar dicotomias cristalizadas que moldam a forma de pensar o mundo social, oferecendo possibilidades para analisá-lo a partir de investigações empíricas. O *Habitus*, conforme Bourdieu (2018), é um atributo dos agentes (indivíduos, grupos ou instituições), constituído por uma estrutura que é ao mesmo tempo estruturada pelas experiências vividas e estruturantes, pois contribui para determinar as ações atuais e futuras. É a partir da relação entre o campo e o *habitus* que as práticas são geradas.

Esse conceito é relevante para o objetivo do estudo, que visa realizar uma análise sócio-histórica sobre a construção da Política de Saúde Mental e estudar a dinâmica das relações entre os agentes, seus conflitos de interesse e a criação de espaços (Pinell, 2010).

Portanto, seguindo a abordagem bourdieusiana, compreender a história da implantação de uma política, entendendo seu sentido de concepção, permite esboçar cenários futuros e compreender as tendências, possibilidades e limitações vinculadas a contextos históricos. Essa análise amplia as chances de romper com o senso comum e, assim, abrir caminho para mudanças reais e efetivas. Para isso, é necessário analisar a estrutura e a dinâmica das relações entre os agentes sociais que compartilham a mesma disposição sobre a política em questão.

4.1 DESENHO DE ESTUDO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA INVESTIGAÇÃO

4.1.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório com abordagem mista, um componente qualitativo e um componente quantitativo. A técnica de métodos mistos tem base nas alegações de conhecimento com foco no problema, ela emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados simultânea ou sequencial para melhor entender os problemas da pesquisa. A coleta de dados se deu por meio de instrumentos e entrevistas, de modo que, a pesquisa apresenta abordagens quantitativas e qualitativas (Creswell, 2007).

Para o componente qualitativo foi desenvolvido um estudo de caso, que é entendido como um tipo de estudo que “representa uma maneira de se investigar um tópico empírico seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-especificados” (Yin, 2010, p.35). O componente quantitativo será desenvolvido por meio de um estudo transversal.

Bourdieu em seu livro “Os usos sociais da ciência” expressa a importância das pesquisas empíricas como complementação dos estudos documentais, com objetivo de averiguar o que é observado nestes (Bourdieu, 2004, p.72).

O componente quantitativo foi composto pelos dados coletados por meio de um questionário que foi aplicado pela doutoranda nos profissionais pertencentes a RAPS do município, de usuários assim como de familiares. Nesta etapa do estudo, foi utilizado um diário de campo para o registro de relatos que extrapolaram as limitações do instrumento de coleta. Esses dados bem como, a análise de documentos institucionais tais como portarias; relatórios de gestão e de conferências de saúde, fluxos e normas técnicas do município campo da pesquisa, foram utilizados com objetivo de realizar a triangulação das informações sobre a rede de assistência psicossocial coletadas nas entrevistas e nos questionários.

4.1.2 Local do estudo

O município de Camaçari está localizado na região metropolitana de Salvador, com uma área de 784.658Km, sendo 42 km de faixa costeira e possuindo três áreas de proteção ambiental, além de dunas e manguezais. A população de 300.372 segundo censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Economicamente, cabe destacar que o município tem um Polo Industrial em seu território, de modo que é conhecido como “Cidade Industrial” e corresponde ao segundo Produto Interno Bruto (PIB) do estado.

O município é dividido em dois Distritos Sanitários, que por sua vez estão divididos em nove regiões, sendo seis no Distrito Sanitário da Sede (DSS) e 03 no Distrito Sanitário da Costa (DSC). Possui uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 77,09% e de Atenção Primária de 82,98% (SESAU, 2023).

A rede de atenção à saúde é composta de: 39 Unidades de Saúde da Família (USF), 3 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), 2 Equipes Multiprofissionais (eMulti), 1 equipe de Consultório de Rua (eCR), 2 Academias da Saúde, 66 Equipes de Saúde da Família (Eq.SF), 42 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 03 UPAs adulto, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) infantil, 2 Pronto Atendimentos, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Referência de Saúde da Criança, 1 Policlínica, 1 Multicentro, uma base de SAMU na sede e uma na costa com 4 Unidades de Suporte Básico (USB) e 02 Unidades de Suporte Avançado (USA), 7 Centros de Referência: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Referência de Especialidades em Saúde (CRES), Centro de Oncologia de Camaçari (CEONC) e Unidade de Apoio às Pessoas com

Doença Falciforme (UNIFAL), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), e ainda 1 Hospital Geral Regional de médio porte e 01 maternidade, de gestão Estadual (SESAU, 2023).

4.1.3 Participantes do estudo

Para a construção do componente qualitativo da pesquisa que procurou recompor sócio historicamente o espaço de construção da implantação da política de saúde mental no município, foi realizado um estudo do período entre 2006, ano de criação da Coordenação de Saúde Mental no município até 2024.

Para tanto, foram realizadas 05 entrevistas, entre junho e outubro de 2024, com duração média de noventa minutos, a seleção dos agentes que compuseram essa etapa do estudo foi selecionada através de amostra por conveniência, identificando agentes que participaram no processo de implantação da política no município, como gestores e profissionais de saúde. Sendo utilizada a técnica *bola de neve*, uma vez que no decurso das entrevistas foram mencionados outros informantes-chave.

O método bola de neve ou *snowball sampling* é uma técnica muito utilizada em pesquisa sociológica qualitativa, onde a amostra se conforma por meio de referências a outras pessoas que possuem características de interesse da pesquisa. (Biernacki; Waldorf, 1981).

O componente quantitativo do estudo foi formado por profissionais dos CAPS e da Atenção Básica (AB), por entender que, esses dois são os principais pontos da rede de Atenção Psicossocial, o primeiro por ser seu centro articulador e o outro por ser supostamente a porta de entrada do usuário na rede e ordenador do cuidado. Entre eles um profissional do consultório de rua que tem entre sua clientela pacientes com algum tipo de transtorno mental e ou usuário de álcool e outras drogas.

A amostra também foi composta por usuários e ou familiares responsáveis pelo seu cuidado. Do CAPS foram selecionados 03 (três) profissionais de cada serviço, podendo ser de nível superior ou médio, desde que participem do cuidado ao paciente, totalizando uma amostra de 12 (doze) profissionais.

Na AB participaram, médicos, enfermeiros e Agente Comunitários de Saúde (ACS), foram coletados dados de no mínimo 03 (três) profissionais de cada serviço, pertencente a 06 unidades básicas, tanto do modelo tradicional, as denominadas Unidades Básicas de Saúde e quanto no formato da Unidade de Saúde da Família. Esses critérios foram estabelecidos por compreender que o modelo de atenção proposto (modelo tradicional ou na Estratégia da Saúde

da Família)⁴ interfere na dinâmica e processos de trabalho, podendo influenciar na assistência dispensada ao paciente, totalizando a população de 19 (dezenove) profissionais. No entanto, vale ressaltar que o município vive um período de transição do modelo de atenção das unidades para a transformação das UBS em USF.

Como critério de inclusão da amostra de profissionais, foram selecionados os profissionais que estavam na rede há mais de um ano, compreendendo como tempo suficiente para conhecer a rede e seu funcionamento. Como critério de exclusão, foram excluídos trabalhadores que tiveram afastados da assistência por algum motivo por mais de 06 (seis) meses no último ano.

A escolha de pacientes e ou familiares se deu a partir dos usuários que buscavam atendimento nos CAPS e entre a lista de pacientes identificados pela Atenção Básica, e sinalizados pelos profissionais. Para tanto, a amostra de usuário foi composta por 30 (trinta) usuários.

Esse método permitiu considerar o fenômeno por distintos níveis de profundidade. Como critério de inclusão desta população utilizamos: pessoas maiores de 18 anos e usuários da rede de SM do município há mais de 01 (um) ano. Foram excluídos pacientes em delírio ou surto psiquiátrico.

4.2 COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

a) Componente qualitativo do estudo:

De modo a permitir o entrevistado a discorrer sobre o tema sem ficar preso a questões enunciadas, os dados foram coletados através de entrevistas em profundidade, onde foi utilizado um roteiro (Apêndice B). (Minayo; Deslandes; Gomes, 2009).

As entrevistas foram realizadas individualmente pela doutoranda, após contatar previamente os participantes e definir o local, horário e data de preferência deles. Foi obtido para todos os entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

⁴ As UBS podem ser organizadas no formato tradicional ou no formato da Estratégia de Saúde da Família, ambas ofertam serviços do nível primário de atenção à saúde. Sendo que nas de formato tradicional a equipe é composta por médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, odontólogos, além de consultas e serviços de enfermagem e de assistência social, podendo possuir também agentes comunitários de saúde vinculados a equipes, ofertando na maioria das vezes ações desarticuladas. Enquanto as Unidades de Saúde da Família, são formadas por uma equipe mínima composta por médico e enfermeira generalistas, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo agregar uma equipe de saúde bucal. A ESF atende uma população adscrita, na lógica de atenção à família, atendendo todos os ciclos de vida, com foco na prevenção, por meio de atendimento individual ou coletivo, na unidade ou em domicílio.

(TCLE) e seguidos os procedimentos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), descritos na seção de aspectos éticos deste projeto.

As entrevistas foram transcritas, realizada a revisão e leitura do material para posterior organização dos dados obtidos. A análise dos dados está sendo realizada buscando compreender como os agentes contribuíram para a implantação da Política de Saúde Mental, bem como da Rede de Atenção Psicossocial do município, examinando a trajetória, posição no espaço social, bem como relações e disposições.

Foram adotados para a análise dos agentes os seguintes indicadores (relativos à posição, tomada de posição e disposições) propostos nos estudos de Vieira (2018), Rossi (2018) e Barros (2018) com algumas adaptações:

- Posição no espaço social: verificada a origem social a partir da profissão e escolaridade dos pais e avós, formação acadêmica, trajetória profissional e prêmios;
- Indicadores de disposições políticas: verificação de filiação ou voto em partido político, participação no movimento sanitário, participação em movimentos estudantis, profissionais e sociais, militância e participação em partidos políticos;
- Indicadores de disposições sobre organização do sistema de saúde: verificada a concepção sobre SUS;
- Indicadores de disposições sobre a política de saúde mental: concepção sobre as RAPS, posição sobre a atenção à saúde mental no SUS, posição sobre formação profissional em atenção psicossocial;

Para caracterizar os capitais dos agentes, seguiu-se a análise proposta por Vieira (2018), Rossi (2018) e Barros (2018):

- Indicadores de capital burocrático: análise dos cargos ocupados;
- Indicadores de capital científico: análise da produção acadêmica, das pós-graduações e orientações realizadas.
- Indicadores de capital político: filiação em partido político, análise de cargos ocupados dentro do partido ou de cargos eletivos ou burocráticos resultantes de articulações políticas e cargos ocupados em entidades de classe, movimentos ou associações.

b) Componente quantitativo do estudo:

Os dados quantitativos do estudo foram obtidos por meio da aplicação de questionário, a profissionais de saúde que atuam no atendimento ao paciente com algum tipo de sofrimento ou transtorno mental na RAPS. A relação dos profissionais e seus respectivos contatos (e-mail

e telefone) foi obtida através da Diretoria da Atenção à Saúde. Os questionários foram aplicados de forma presencial, pela doutoranda que contactou previamente os participantes para definição do local, horário e data de preferência dos mesmos.

Quanto aos pacientes, estes foram abordados na sala de espera dos CAPS, onde o convite foi realizado e apresentado o TCLE para aqueles que expressaram o desejo em participar da pesquisa, realizaram a sua assinatura e assim aplicaram o questionário. Os usuários da atenção básica foram contactados por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde e ou outro profissional da equipe, para ajuste do aceite, local e data para aplicação do questionário que melhor atendeu o paciente.

Foi obtido para todos os entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e seguidos os procedimentos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), descritos na seção de aspectos éticos deste projeto.

O questionário dos profissionais foi composto de variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas à formação e atuação profissional e a percepção destes profissionais acerca da política de saúde mental e da atenção psicossocial e seu conhecimento sobre a disposição e funcionamento da RAPS no município (Apêndice D).

No questionário dos pacientes constou variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas ao tipo de transtorno mental, ao seu tratamento, o seu percurso na rede para o diagnóstico e tratamento, acesso aos serviços de saúde e sobre sua percepção acerca da política de saúde mental, da atenção psicossocial e seu conhecimento sobre a disposição e funcionamento da RAPS no município (Apêndice E).

E ainda profissionais, pacientes e familiares responderam questões adaptadas do questionário de pré-treinamento do projeto da OMS *Quality Rights*,⁵ que reúne questões

⁵ A QualityRights foi uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) com foco na melhoria da qualidade dos cuidados e do apoio prestado nos serviços sociais e de saúde mental. Bem como de promover os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas em todo o mundo. Utilizando um método participativo com os seguintes objetivos: “1-Desenvolver capacidades para combater a estigmatização e a discriminação e para promover os direitos humanos e a recuperação; 2-Melhorar a qualidade dos cuidados e as condições de direitos humanos nos serviços sociais e de saúde mental; 3-Criar serviços baseados na comunidade e orientados para a recuperação que respeitem e promovam os direitos humanos; 4-Apoiar o desenvolvimento de um movimento da sociedade civil para promover e influenciar a elaboração de políticas. 5-Reformar as políticas e leis nacionais em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outras normas internacionais de direitos humanos. (WHO, 2019) dos cuidados e do apoio prestado nos serviços sociais e de saúde mental. Bem como de promover os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas em todo o mundo. Utilizando um método participativo com os seguintes objetivos: “1-Desenvolver capacidades para combater a estigmatização e a discriminação e para promover os direitos humanos e a recuperação; 2-Melhorar a qualidade dos cuidados e as condições de direitos humanos nos serviços sociais e de saúde mental; 3-Criar serviços baseados na comunidade e orientados para a recuperação que respeitem e promovam os direitos humanos; 4-Apoiar o desenvolvimento de um movimento da sociedade civil para promover

referentes à compreensão dos envolvidos quanto ao direito das pessoas com transtornos mentais.

As respostas obtidas pelo questionário eletrônico foram consolidadas em planilha Excel através da ferramenta *Google Forms*, para revisão do banco de dados. Em seguida, foi realizada a análise descritiva dos dados, calculando-se frequências absolutas e relativas, e verificada a relação de variáveis relacionadas à formação profissional, local de trabalho e compreensão quanto a política de saúde mental, bem como dos direitos e tratamento dos pacientes com transtornos mentais também foi verificada.

Durante a coleta dos dados quantitativos, foi também utilizado um diário de campo para a coleta das falas com objetivo de registrar as experiências e subjetividades vivenciadas pelos participantes na rede de atenção em saúde mental.

E por fim, estão sendo analisados documentos do município que tratam do funcionamento desempenho e análise da política de saúde mental municipal, a exemplo de relatórios de gestão, relatórios das conferências municipais de saúde e de saúde mental.

Além de portarias, diretrizes e fluxos referentes a rede de SM do município. O arcabouço legal da Política Nacional de Saúde Mental também foi analisado, de modo a servir como parâmetro para análise da adequação da política de saúde mental do município.

Desta forma, o estudo busca analisar a política de saúde mental de Camaçari na perspectiva descrita por Minayo e colaboradores, a partir de uma avaliação processual, construída com o envolvimento dos distintos atores. Uma vez que por meio da abordagem qualitativa, buscou-se levar em consideração a participação e a percepção dos sujeitos envolvidos na implantação e implementação da política de SM do município.

A Triangulação propõe combinar e cruzar, vários pontos de vista, a visão de informantes distintos, por meio de várias técnicas de coletas de dados no curso da atividade de investigação, possibilitando a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação (Minayo e colaboradores, 2005, p. 28-29).

e influenciar a elaboração de políticas. 5-Reformar as políticas e leis nacionais em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outras normas internacionais de direitos humanos. (WHO, 2019).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Católica do Salvador e aprovado sob o número CAAE: 78876324.5.0000.5628, respeitando os preceitos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, que considera a proteção a vida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, e determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Assim como da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/16 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais

4.3.1 Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa

Considerando que o estudo poderia ocasionar algum desconforto, ou ainda, impor riscos leves a moderados pela possibilidade de abordar temas referentes ao seu ambiente de trabalho diante de memórias apresentadas durante as respostas do questionário, no caso dos profissionais de saúde. Assim como em virtude da abordagem ao problema de saúde e sua assistência, no caso da abordagem aos pacientes e seus familiares. Podendo ocasionar, em ambos os casos, choro, tristeza ou agitação, esses inerentes a qualquer pessoa.

Na ocorrência desses episódios a pesquisadora se comprometeu em minimizá-los utilizando o acolhimento e a escuta sensível, sempre que demandado e sempre que observado a necessidade. Ainda, foi assegurado ao campo e aos participantes da pesquisa, que a coleta poderia ser suspensa a qualquer momento, sem que houvesse a necessidade de emitir explicações, tanto quanto, foi garantido a todos, informações sobre a pesquisa, sempre que necessário. Também foi garantida assistência psicológica se demandado ou se a pesquisadora observar a necessidade, sempre com a concordância do participante.

Considerando estes possíveis riscos, e na intenção de minimizá-los, a pesquisadora esteve disponível para ouvir as possíveis dúvidas, sentimentos ou emoções que surgiram provenientes das respostas ao questionário e da abordagem da temática. Também, estabeleceu-se um diálogo claro, acolhedor e sereno, dando apoio emocional no momento, quando foi demandado e/ou se percebeu estas necessidades durante o transcorrer das respostas do questionário, a fim de evitar e mitigar possíveis danos (Brasil, 2012).

Durante todo o processo foi garantido ao participante da pesquisa direito de expressar seus receios ou dúvidas. E estes, foram esclarecidos pela pesquisadora, com o cuidado de evitar qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando valores culturais, sociais, morais

e religiosos de cada participante. O estudo respeitou, assim, os princípios da bioética de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

Quanto aos benefícios, não estão previstos os de caráter individual. Contudo, uma vez alcançado os objetivos do estudo, será possível identificar o comportamento das práticas sociais em torno do tempo, analisar os resultados alcançados pela intervenção avaliada e desta forma contribuir para o aperfeiçoamento das intervenções sanitárias, a partir da incorporação futura do conhecimento produzido.

Refletindo assim, na melhoria do cuidado aos pacientes com transtorno mental comum. Considerando que o sofrimento vivido por um paciente de saúde mental, reflete diretamente nas suas relações, sejam elas familiares ou de trabalho. O cuidado adequado a esse paciente, repercute em benefícios para toda a sociedade, tanto no campo das relações interpessoais quanto no econômico. Uma vez que, a prática da avaliação em saúde busca responder questões ainda não contempladas dentro da literatura científica, pretende-se assim contribuir para a produção científica. Os participantes foram abordados a respeito de seu interesse em colaborar com o estudo.

4.3.2 Quanto ao processo de consentimento livre esclarecido.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos participantes e foi fornecido um tempo para que estes arbitrem a participação na pesquisa. Assim, após o aceite do convite, o TCLE lido e assinado pela pesquisadora e pelo participante em duas vias idênticas, portanto a anuência das participantes se deu por meio da assinatura do TCLE, após esclarecimento pormenorizado a respeito da natureza da pesquisa.

Para isto, o TCLE esclareceu quanto aos objetivos da pesquisa, justificativa, benefícios, garantia do sigilo das informações e anonimato, bem como sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento preservando sua integridade moral, social e cultural. Conforme orientado pela Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, foram respeitadas as etapas preliminares da pesquisa por meio da verificação das condições necessárias para a realização do estudo, através de visita aos serviços com potencial para campo de pesquisa, sendo a entrevista realizada em ambiente privativo, além disso foi garantida a preservação das identidades dos participantes, bem como das informações reunidas.

O estudo respeitou os preceitos estabelecidos pela resolução nº 580, de 22 de março de 2018, por se tratar de uma pesquisa no SUS e se diferenciará para o usuário durante a obtenção do consentimento, a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do

serviço. Reforçando a informação de que o atendimento a ele não deverá ser prejudicado, independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa. Assim como, será respeitada a rotina dos serviços de assistência à saúde durante a coleta de dados com os trabalhadores da saúde, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

A pesquisadora se comprometeu, ao fim do estudo, em divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados serão coletados.

5 RESULTADOS ENCONTRADOS

Para abordagem qualitativa do estudo foi realizado um estudo sócio-histórico da política de saúde mental de Camaçari, do período de 2006, ano que inicia a estruturação dos serviços de saúde mental até 2024. Para reconstruir a trajetória de formação da política de saúde mental no município foram analisadas as condições históricas para o seu surgimento e reconstituída a dinâmica do espaço de saúde mental e da participação dos agentes dos campos burocrático, médico e político, bem como do espaço militante e as relações entre eles.

Foram realizadas entrevistas com cinco agentes identificados como informantes-chave na implantação da Política de Saúde Mental no município. Todos compuseram ou ainda compunham no momento da entrevista algum papel de gestão. Sendo duas coordenadoras de saúde mental do município, uma delas estava no início da implantação sendo sucedida pela outra que segue no cargo até então.

Foi também ouvido um ex-prefeito, citado na fala das coordenadoras como um agente que contribuiu de alguma forma para a consolidação da rede psicossocial, a quarta entrevistada ocupou ao longo do período analisado cargos importantes na atenção básica e em outros setores da secretaria de saúde, tais como coordenadora da atenção primária, diretora do departamento de atenção básica, diretora do departamento de planejamento e por fim, subsecretária de saúde. A quinta entrevistada foi a então coordenadora da atenção primária à saúde. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora, transcritas e analisadas.

Para reestruturar o espaço de possibilidades no qual foi estruturada a rede de atenção à saúde mental do município, foram analisadas a origem e trajetória dos agentes envolvidos, seus capitais e compreensão quanto ao SUS e a Política Nacional da Saúde Mental. O quadro 2 sumariza os dados referentes à origem, trajetória social e volumes dos capitais dos agentes entrevistados.

A posição dos agentes no espaço social foi examinada a partir da origem social, das disposições incorporadas ao longo das experiências de vida, das trajetórias individuais e do contexto de inserção (Bourdieu, 1996). Conforme o autor, a posição social constrange práticas e escolhas, ou seja, um agente não atua de modo completamente livre, mas sob a estrutura do campo, seus códigos e preceitos (Thiry-Cherques, 2006).

A análise dos indicadores de posição social dos entrevistados apontou predominância de origem popular (Quadro 2). Um dos entrevistados tinha pais com ensino superior, e outro apenas o pai. Quanto à ocupação parental, observaram-se perfis variados (professores, bancários e comerciantes), com destaque para dona de casa (entre as mães). No grupo dos avós,

nenhum possuía ensino superior; a maioria era alfabetizada e cursou o nível “primário” (ensino fundamental incompleto), predominando ocupação relacionada à agricultura.

Quadro 2: Análise da origem e trajetória social e dos volumes de capitais dos agentes entrevistados

	Origem Social	Sentido da Trajetória	Capital Burocrático	Capital Científico	Capital Político
E1	Popular	Ascendente	B	B	MB
E2	Popular	Ascendente	B	B	MB
E3	Popular	Ascendente	M	B	A
E4	Popular	Ascendente	M	M	MB
E5	Popular	Ascendente	B	M	MB

Legenda: E: entrevistados; A: alto, B: baixo; M: médio, MB: muito baixo

Apesar do baixo capital escolar de pais e avós, os entrevistados relataram investimento familiar contínuo em sua formação, o que favoreceu a qualificação profissional e uma trajetória ascendente em relação à geração anterior. A origem popular, nesse sentido, articula narrativas de esforço e investimento e evidencia processos de socialização familiar que moldaram disposições e oportunidades dos agentes.

[...] meu pai com essa fixação, tem que estudar para ser gente, aí viemos para (nome de uma cidade do interior da Bahia), passamos dois anos em lá, estudando, aí quando chegou em 62, 63, 64 surgiu o ginásio em (nome de outra cidade) do Senac... (Entrevistado 3).

[...] Meu avô é do interior, (nome do interior) era dono de armarinho, assim, de interior, né... então também foi aquele avô que tinha muito daquela coisa de que os filhos tinham que fazer alguma coisa diferente. Então, os filhos todos do meu avô foram funcionários do (nome de uma grande rede de Bancos) (Entrevistado 4).

A família opera como instância privilegiada de socialização e, portanto, de construção da realidade social — tanto no plano individual quanto no coletivo. À luz de Bourdieu (1996; 2018), ela participa da gênese do habitus, entendido como o conjunto de disposições incorporadas ao longo da trajetória de vida que orientam modos de perceber, sentir e agir. Essas disposições, fortemente vinculadas à origem familiar e ao meio de convivência, estruturam práticas e classificações e, ao mesmo tempo, são por elas reforçadas, contribuindo para o consenso prático acerca do sentido do mundo social (Maton, 2018).

Embora meu pai, com uma vivência extraordinária de mundo, uma figura que estava além do seu tempo [...] que tinha uma visão de mundo, de compreensão, que ele dizia, tem que estudar para ser gente, ele pagou uma tia minha [...], mas no povoado também não tinha professores com formação. E aí em 1961, foi quando chegamos na roça, então ele botou essa tia minha, (nome da tia) para dar aula a gente, na garagem da fazenda. (Entrevistado 3).

A primeira vez que eu fui em casa, a cidade veio me esperar. Um ilustre. Eu fui o primeiro da família. O primeiro da família a entrar na universidade. E lá em (nome do povoado), que ainda era povoado. Na época não era (nome do povoado) ainda era

(nome da cidade). Eu fui um dos primeiros. Eu acho que foi, ou tinha uma família de estudantes lá fora. Mas se não foi... acho que foi o primeiro também. (Entrevistado 3).

Quanto à formação profissional, os agentes entrevistados apresentaram graduações distintas — medicina, administração, odontologia, serviço social e enfermagem —, cursados em Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, em consonância com seu capital econômico e origem familiar e contexto social do período. Observou-se, ainda, a influência da família na escolha da carreira e a presença de uma racionalidade econômica na opção por IES privada por um dos agentes, como indicam os trechos a seguir.

[...] em um primo meu que é muito próximo, que já fazia odontologia quando eu comecei a pensar e fazer vestibular. E aí, assim, uma vez ele me estimulou a ficar fazendo umas coisas manuais com ele. E eu gostava muito de coisa manual (Entrevistado 4).

Na época que eu passei na Católica eu não tinha dinheiro. Eu passei na Católica e na UFBA para Sociologia. E fui cursando o curso de Sociologia, mas eu precisava trabalhar. Eu não tinha condição. Aí como eu tinha passado para o segundo semestre na Católica, fui lá botar matrícula. [...] O serviço social me escolheu. Eu amo o serviço social. Mas você já tinha esse desejo? Não sabia nem o que era. Ou você cursou porque você viu? Descobri. Ah, viu. Essa oportunidade na católica eu posso trabalhar. Eu tinha que ter nível superior. Era isso. Eu tinha que entrar na faculdade. Naquele momento que você teve que optar pela federal, pela católica, você optou principalmente pela questão econômica mesmo? Ou você já tinha um chamado para o serviço social? Nada. Era uma questão de vida. (Entrevistado 2).

O volume de capital científico mostrou-se predominantemente baixo: três agentes possuíam titulação de especialização e dois apresentavam especialização *stricto sensu* concluído, configurando, no conjunto, baixo a médio acúmulo desse capital. Todos os entrevistados desenvolveram trajetórias no serviço público, atuando desde a assistência em saúde até funções de gestão em secretarias municipais e estadual, com experiências tanto no município de origem quanto na capital e em administrações de outros municípios.

Esses achados indicam disposições favoráveis ao setor público; em seus discursos, observa-se a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do concurso público como mecanismos de garantia de continuidade dos serviços, todavia observou-se um destaque para a qualificação desses concursos na perspectiva da gestão do trabalho e na definição do perfil para a seleção.

Aí voltei para a Secretaria de Administração que eu não queria vir. Aí fiquei lá, foi bom porque eu fiz todos esses concursos, a maioria dos concursos, foi feito na realidade, quando secretário e não quando prefeito. Quando prefeito eu fiz também, fiz na saúde mental [...]. Esse concurso aí, de 2007, foi. Eu bati uma mão na mesa, quase quebra a minha mão para defendê-lo. (Entrevistado 3).

[...] a gente elaborou uma proposta de como trabalhar essa questão do perfil, como é que faria as provas, a gente fez todo um elenco de bibliografia que deveria constar para as provas e tal, mas, infelizmente, a gente não conseguiu colocar isso no

concurso, porque a empresa, ou todo mundo [...] A ideia era, inclusive, fazer uma prova separada para a terapia ocupacional. Fazer uma geral da reforma psiquiátrica e fazer as especificidades de terapia ocupacional, psicológica. A gente fez tudo, tudo ali. A gente não conseguiu implementar. (Entrevistado 1).

Aí, (nome do Secretário de Administração) deixou um dia, eu digo que ele me fez uma sabatina, porque ele perguntou um por um qual era a função de cada profissional daquele, porque eu pedi nutricionista, eu pedi fonoaudiólogo, eu pedi musicoterapeuta. (Entrevistado 1).

Ao analisar a trajetória profissional dos agentes entrevistados foi possível observar que as atuações possibilitaram um acúmulo de capital burocrático. Contudo, apenas duas possuíam conformação de condições de possibilidade para aproximações com o espaço de atuação em torno da saúde mental. Um dos entrevistados, apesar de registrar uma experiência anterior de atuação na formação de uma RAPS, durante sua atuação na gestão do município em análise, não apresentou contribuições significativas para consolidação da RAPS. Dentre os agentes entrevistados, apenas um traz em sua trajetória o desejo em trabalhar com pacientes em sofrimento mental.

[...] Desde que eu me entendo assim, que eu me entendo pensando no futuro, eu sempre dizia que ia fazer medicina. E aí você vai me perguntar por quê. Eu, depois de um tempo, eu achei que ia fazer psiquiatria. Aí, no terceiro ano, foi terceiro ano de medicina, eu fui fazer um estágio, não era um estágio curricular, aquela coisa, eu tinha um amigo dando plantão [...]. (Entrevistado 1).

No entanto, a experiência profissional, vivida por dois entrevistados, em um hospital psiquiátrico, que começava a discutir o cuidado dos pacientes a partir das diretrizes previstas na reforma psiquiátrica. Foi nesse espaço, trabalhando com uma determinada profissional, identificado nos trechos das falas como profissional X, que surgiu o interesse, em ambos, de seguir sua trajetória profissional nos espaços de cuidado à saúde mental.

[...] conversando com ele (um colega), que eu estava me sentindo inquieta, que eu sempre tinha pensado em fazer psiquiatria, mas tinha me decepcionado, mas que estava voltando essa história da luta antimanicomial e tal. Aí falou assim, olha, por que você não vai lá no (nome do hospital psiquiátrico). (Entrevistado 1)

(Nome da profissional X, não sei se você conhece [...] trabalhou muito tempo com (nome de psiquiatra). [...] E tinha uma equipe de assistentes sociais que estavam bem à frente disso (referência as práticas preconizadas na RPB) e eu comecei a participar. (Entrevistado 1)

[...] Porque eu fui estagiária do (nome do hospital), estágio curricular. (Nome da profissional X) era minha supervisora. [...] Eu caí na saúde mental por causa do meu grupo que queria ir para a saúde mental porque era o campo de estágio mais fácil. [...] Aí lá roda, às dez, ela perguntava o que é loucura, ninguém sabia responder. O que é saúde mental, ninguém, tudo bobo, ninguém sabia nada. (...). Aí lá vamos nós, assim mesmo, puxando a orelha. As meninas, tudo com medo dos pacientes. Eu era a única que não tinha medo nenhum. [...]. Aí eu fui descobrindo, descobrindo o gosto. Do meu grupo lá, eu sou a única que trabalha na saúde mental (Entrevistado 1)

De acordo com os indicadores estabelecidos para análise do capital burocrático, considerando a ocupação de cargos, dois agentes tinham um capital burocrático médio por estar em função de secretária municipal e três foram classificados como capital burocrático baixo (ocupando cargos de coordenação). Os discursos dos agentes indicam a constituição gradual de uma rede de relações que acumulou capital burocrático e viabilizou a ascensão a cargos na administração.

[...] a gente construiu algumas coisas, alguns documentos orientadores e tal, e era uma novidade, né? E aí a gente incluía muito a questão do cuidado em saúde na atenção básica, pensando não só no atendimento psiquiátrico. [...] E (nome do secretário de um município) ele era o secretário de saúde de lá. Aí só ele me chamou pra fazer a coordenação de saúde mental lá em (nome do município), porque não tinha nenhum serviço e tal. Tinha um serviço CEAD, que era um de drogas, mas não tinha o formato de CAPS. Não tinha mais nenhum atendimento. [...] Ele (o secretário) foi meu colega de turma. (Entrevistado 1).

[...] Aí quando eu entrei (referindo-se a um serviço de SM), todo mundo com esse vínculo precário, aí o coordenador foi embora, e aí eu acabei assumindo a coordenação. [...] Então, eu me mantive coordenadora dessa equipe, que era a CESME, até o início do ano da gestão de (Nome do prefeito a época), que a (nome da diretora da média complexidade) me convidou para assumir a coordenação de saúde mental. (Entrevistado 2).

No grupo de agentes entrevistados, destacamos apenas um com capital para a tomada de decisão. No entanto, outros dois agentes possuíam o poder de influenciar na tomada de decisão através da ocupação de cargo de coordenação e por sua militância na RPB, os demais apesar do capital burocrático, não apresentaram uma experiência que o colocassem no campo de luta pelos princípios e diretrizes da RPB.

No entanto, vale ressaltar dois aspectos: primeiro a trajetória profissional dos agentes no SUS, envolvidos na defesa de seus princípios, diretrizes e pelo fortalecimento de seu funcionamento por meio de rede, grande parte dos agentes trabalham no SUS desde o início de sua vida profissional. Outro aspecto relevante observado no relato de um dos entrevistados, agente este, envolvida no planejamento da RAPS do município, foi o acesso à gestão para a defesa da SM.

[...] a gente tinha tido uma reunião com o (nome do secretário) quando ele era secretário da administração, e a pessoa da SECAD que organizava o concurso público. E aí comecei a participar dessas reuniões e aí eu coloquei tudo que era ideal para um CAPS. [...]. Aí, (nome do secretário da administração) deixou um dia, eu digo que ele me fez uma sabatina, porque ele perguntou um por um qual era a função de cada profissional daquele, porque eu pedi nutricionista, eu pedi fonoaudiólogo, eu pedi musicoterapeuta. (Entrevistado 1).

Quanto a composição do capital político, apenas um possuía participação político partidária, e este possuía capital político alto, os demais possuíam capital político muito baixo

(Quadro 3). Contudo alguns agentes envolvidos demonstraram certa capacidade de liderança, influência no campo da gestão do SUS, outros no âmbito político-partidário e no movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Com objetivo de identificar dilemas e desafios à efetivação da Política de Saúde no Município de estudo e realizar uma análise da Rede de Atenção Psicossocial, foi realizada a triangulação dos métodos, analisando os dados obtidos nas entrevistas, nos documentos institucionais, tais como relatórios de gestão, de conferências de saúde, portarias, fluxos e diretrizes elaborados pelo município, descritos no Quadro 3 e os dados coletados por meio dos questionários aplicados aos pacientes e funcionários. Bem como, os depoimentos coletados por meio de um diário de campo.

Quadro 3: Síntese da análise documental – relatório, portarias, e outros documentos normatizadores da rede de assistência à saúde mental de Camaçari, período de 2006 a 2024

DESCRIÇÃO	ANO/PERÍODO	DISPONÍVEL EM
Relatórios Anuais de Gestão	2006-2024	Disponibilizado pela gestão
Relatórios das Conferências de Saúde V, VI, VII, VIII e IX	2011, 2015, 2017, 2019 e 2021	Disponibilizado pela gestão
Relatório da II Conferências de Saúde Mental*	2022	Disponibilizado pela gestão
Portaria N° 042/2024	2024	Diário oficial N° 2467 de 16/09/24
Portaria N° 043/2024	2024	Diário oficial N° 2467 de 16/09/24
Diretrizes de Matriciamento em Saúde Mental, Álcool e outras drogas	2024	www.camacari.ba.gov.br/sesau .

*Não foi identificado, relatório bem como qualquer registro da realização da I Conferência em Saúde Mental

Fonte: Autora (2025)

A população correspondente ao componente quantitativo desta pesquisa, foi composta por 30 pacientes/familiares e 31 profissionais que atuam na RAPS. Quanto as características sociodemográficas da população de profissionais, descritas na Tabela 1, a amostra foi composta por 80,65% do sexo feminino, que se autodeclararam em sua maioria como parda (45,16%), possuem em sua maioria (77,42%) tempo de formação superior a 21 anos, sendo, 77,42% formados por instituições privadas, a pós-graduação foi o grau máximo de formação declarado por mais da metade da população (64,52%). E quanto ao vínculo empregatício, 67,74% são estatutários e estão em maioria lotados na Atenção Básica.

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica, da formação e atuação dos profissionais da RAPS, Camaçari, 2024.

	N	%
Sexo		
Feminino	25	80,65%
Masculino	6	19,35%
Raça/cor		
Branca	5	16,13%
Parda	14	45,16%
Preta	12	38,71%
Graduação-categoria de formação		
Serviço Social	4	12,90%
Educador Físico	2	6,45%
Psicologia	2	6,45%
Agente Comunitário de Saúde	6	19,35%
Enfermagem	9	29,03%
Medicina	6	19,35%
Musicoterapia	1	3,23%
Artista plástica	1	3,23%
Tempo de formação		
Menos de 2 anos	1	3,23%
Entre 3 e 5 anos	2	6,45%
Entre 6 e 10 anos	2	6,45%
Entre 11 e 15 anos	4	12,90%
Entre 16 e 20 anos	5	16,13%
Entre 16 e 20 anos	5	16,13%
Entre 21 e 25 anos	8	25,81%
Entre 26 e 30 anos	4	12,90%
Mais de 30 anos	5	16,13%
Instituição de formação		
Pública	7	22,58%
Privada	24	77,42%
Título máximo de formação		
Técnico	6	19,35%
Graduação	3	9,68%
Pós-graduação	20	64,52%
Mestrado	2	6,45%
Vínculo empregatício no município		
Estatutário	21	67,74%
REDA	7	22,58%
Terceirizado	1	3,23%
Mais Médico	2	6,45%
Nível de atenção de atuação no município		
Atenção primária	19	61,29%
Média Complexidade	12	38,71%

Fonte: Autora (2025).

Quanto a população de usuários, a amostra foi composta por familiares (30%) e pacientes (70%), sendo que 50% se autodeclararam como pardos, 30% tinham renda de um salário nível de escolaridade predominantemente entre fundamental incompleto (30%) e médio completo (30%) (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos pacientes e ou familiares, usuários da RAPS, Camaçari 2024.

	N	%
Pacientes	21	70,00%
Familiares	9	30,00%
Sexo		
Feminino	17	56,67%
Masculino	13	43,33%
Raça/cor		
Branca	1	3,33%
Parda	15	50,00%
Preta	14	46,67%
Nível de escolaridade		
Alfabetizada	1	3,33%
Fundamental incompleto	9	30,00%
Ensino médio incompleto	3	10,00%
Ensino médio completo	9	30,00%
Superior incompleto	4	13,33%
Superior completo	2	6,67%
Pós-graduação	2	6,67%
Renda familiar		
Menos de 1 salário-mínimo	2	6,45%
1 salário-mínimo	13	41,94%
De 1 a 2 salários-mínimos	6	19,35%
De 2 a 3 salários-mínimos	3	9,68%
Acima de 3 salários-mínimos	3	9,68%

Fonte: Autora (2025)

No que se refere ao acompanhamento 56,6% dos usuários da amostra, são assistidos ou foram identificados no território da atenção básica por intermédio da equipe, 83%, já possuíam um diagnóstico de algum tipo de transtorno mental. Entre eles: transtorno de ansiedade (20%), transtorno bipolar do humor (20%), dependência química (6,6%), depressão (13,3%), esquizofrenia (10%). Não lembravam o nome do diagnóstico ou não tem diagnóstico, correspondeu a 23,3%. Quanto aos sintomas percebidos, 83,33% possuem sintomas há mais de

2 anos e realizam algum tipo de tratamento (90%), em sua maioria apenas com medicação (40%).

A análise da rede se deu a partir dos dados extraídos dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do município de 2006 a 2024, onde foram analisados os registros de produção, descrições de processos de trabalho e decisões de gestão, a fim de reconstruir a trajetória de conformação da atenção à saúde mental e identificar avanços, gargalos e desfechos institucionais.

Em 2006, no contexto de Gestão Plena do Sistema Municipal, com uma cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 44%, o cenário era de uma elevada proporção de cargos comissionados, terceirização sem controle adequado e oferta especializada restrita a seis especialidades. Não se registravam ações de SM na Atenção Básica (AB).

A resposta ao sofrimento psíquico concentrava-se em internações na capital e em consultas dispensadas por uma clínica conveniada. Nessa senda, foi instituída em 2006 a Coordenação de Saúde Mental (CSM) com a diretriz de construir a política municipal de saúde mental alinhada à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica.

Em 2007, em virtude da ruptura contratual com a clínica conveniada, forma-se emergencialmente uma miniequipe (psiquiatria, psicologia e serviço social) que passa a atuar em duas USF, até a implantação do Centro de Especialidades em Saúde Mental (CESME), local onde passa a ser assistida toda demanda ambulatorial de saúde mental do município. Em 2008 o município começa a convocação de servidores do concurso público, o que permite iniciar a estruturação da RAPS, apesar da ausência de cargos específicos para esse fim, e a inauguração do CAPS I (Orla).

E ainda a elaboração da primeira versão da Linha de Cuidado e pactuações intra e intersetoriais, entre eles a assistência farmacêutica, e por meio de oficinas, se constrói a proposta municipal para a atenção a SM. Nesta mesma ocasião foi realizada uma articulação com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) para a construção da linha de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Com base nesse planejamento a atenção a SM passa a organizar-se prevendo um CAPS II na orla, Consultório na Rua (convênio CETAD/FABAMED), ambulatório infantojuvenil e retaguarda de urgência psiquiátrica; essas últimas não se implantaram por carência de recursos humanos e infraestrutura. Iniciou-se apoio matricial na AB por miniequipes na orla, com estratificação de casos na sede e capacitações para implantação dos CAPS e supervisão clínica/institucional.

No triênio 2009–2011, apesar da baixa incidência de internações entre acompanhados, a assistência seguia fragmentada por déficit de pessoal, recomendando-se convocação via REDA e novo concurso. Em 2010 realizou-se a II Conferência Municipal Intersetorial de SM/AD, concurso com perfis específicos para a SM, convênio UFBA/CETAD para Consultório na Rua e implantação do ambulatório infantojuvenil, com início de atendimentos a crianças e adolescentes em fevereiro de 2010. Em 2011 fortaleceram-se o controle social com o apoio a formação de 20 conselhos locais e capacitação de 16 deles, estabelece o atendimento às urgências psiquiátricas pelo SAMU, com proposta de leitos de retaguarda na UPA, que não foi efetivada por falta de RH.

Produziu-se perfil epidemiológico de transtornos mentais e AD, obteve-se veículo da SENAD para o Consultório na Rua, mas persistiram frágil descentralização para a AB, baixa cobertura de CAPS ($\approx 0,40/100$ mil), infraestrutura inadequada e carências logísticas

Entre 2013 e 2015, três equipes multiprofissionais (adulto, infantojuvenil e AD) mantiveram-se no CESME; o Consultório na Rua foi suspenso por falta de equipe; e ocorreram reformas no CESME e no CAPS Orla. Metas de apoio matricial e elevação de cobertura (1,6/100 mil) não foram alcançadas por déficit de RH. Sendo solicitado ao MS habilitações para CAPS III e CAPS AD III; elaborou-se o Plano da RAPS municipal e atualizou-se o regional, pendente de aprovação.

Em 2014, persistiram a inativação do Consultório na Rua, problemas estruturais com baixa execução de adequações e desabastecimentos dos serviços. No que se refere a Educação Permanente, foi ofertada a capacitação para os agentes comunitários de saúde por meio do projeto do Ministério da Saúde (Caminhos do Cuidado) e para alguns profissionais da SM também por meio de parceria (CETAD).

A tentativa de implantar CAPSi foi interrompida por inadequação física e falta de mobiliário; o CAPS AD III não se concretizou. O matriciamento iniciou e foi interrompido, alegando-se pouca aceitação pela AB que estava absorvida pela implantação do e-SUS, mantendo a cobertura de CAPS em 0,41/100 mil.

Em 2015, chegaram três equipes NASF, composta por residentes da FESF (Fundação Estatal Saúde da Família) com distribuição territorial limitada; planejou-se reativar o Consultório na Rua e adequar o CAPS Orla, sem consolidação. Implantaram-se o CAPS AD e o CAPSi (vistoriados/cadastrados, com custeio do MS pendente); o matriciamento seguiu pontual e as metas de cobertura e capacitação da AB não se cumpriram, discutindo-se transferir a gestão do Consultório na Rua para a AB, com SM como apoiadora, contudo, ação não foi efetivada.

Em 2016, foi inaugurado o CAPS II Sede, enquanto o CAPS Orla enfrentou reforma prolongada com prejuízos operacionais. Implementadas ações de redução de danos em 100% dos eventos populares e o matriciamento não se consolidou; a cobertura estimada de CAPS subiu para $\approx 1,04/100$ mil, ainda aquém da meta. Greve, carências de materiais, ausência de veículo e problemas na alimentação da RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) comprometeram os dados de desempenho do CAPS AD. Em 2017, estudos de viabilidade das Unidades de Acolhimento foram postergados, nova adequação do CAPS Orla foi necessária e se iniciou a construção do CAPS III pela SESAB através do Programa de Fortalecimento do SUS (PROSUS), com expectativa para 2018. Cancelou-se a construção do CAPS AD III por inviabilidade de contrapartida municipal.

A Linha de Cuidado SM/AD foi atualizada com apoio dos alunos da pós-graduação do Sírio-Libanês; houve relatos de evolução clínica no CAPS AD e fortalecimento do colegiado de SM/AD, ao lado de limitações de rede e desfechos críticos (óbitos de adolescentes) que reforçaram a necessidade de políticas intersetoriais.

Em 2018, registra-se alguns avanços tais como: a implantação dos ambulatórios de psiquiatria/psicologia, funcionando provisoriamente no CAPS Orla até a abertura da Policlínica Orla; ampliação da oferta das práticas integrativas (PICS), para 50% dos serviços; contratação de psicólogos e farmacêutico; aquisição e distribuição de instrumentos e materiais para oficinas; qualificação do fluxo de urgências com UPA e SAMU.

Auditoria sanitária identificou inconformidades críticas nos serviços de SM (alvará vencido, acessibilidade, mobiliário e equipamentos mínimos, organização do trabalho, ausência de PGRSS/PPRA/PCMSO e de fluxos), gerando recomendações estruturais, de pessoal e de governança. Persistiram desabastecimentos pontuais de psicotrópicos, baixa adesão familiar a alguns dispositivos e adoecimento de trabalhadores, com avanços irregulares no matriciamento.

Em 2019, foi inaugurado o CAPS III, iniciando acolhimento noturno 24h conforme a Portaria GM 3.088/2011. Atualizou-se a Linha de Cuidado com diretrizes de matriciamento, fluxos de urgência e de integração AB–SM/AD, apoiada por residência multiprofissional da FESF. Entre outros avanços relatam: a oferta de alimentação para os usuários que permanecem o dia nos serviços, em tratamento, a ampliação das oficinas, a atualização dos PTS, maior articulação com a AB). Contudo, apesar da ampliação da rede, registra-se a existência de uma fila reprimida para avaliação psiquiátrica; e se mantém dificuldades (infraestrutura, TI, logística, registros RAAS e déficits de RH).

Durante a pandemia (2020–2021), reorganizou-se a rede para manter acolhimentos, atendimentos individuais, renovação de receitas, dispensação e manejo de crises também por

telefone, com suspensão temporária do acolhimento noturno no CAPS III e de grupos presenciais, o CAPS III foi remanejado temporariamente para uma escola, para dá espaço a implantação de um gripário.

A Linha de Cuidado avançou na definição de fluxo de acesso e protocolo de encaminhamento aprovados na Câmara Técnica, enquanto outras ferramentas e protocolos foram adiados. Em 2021 a cobertura ESF atingiu 75,96%. Contrataram-se dois psiquiatras para Policlínica e Multicentro a fim de reduzir a fila de espera, mantiveram-se ações de PICS na Academia da Saúde e reforçaram-se fluxos entre AB e SM/AD, ainda sob constrangimentos de infraestrutura e capacidade ambulatorial. Foi implantada 01 (uma) Equipe de Consultório de Rua (eCR) em 13 de abril de 2021, homologada através da portaria GM/MS No 1.522, de 06 de julho de 2021, sendo descredenciada porque o município não cumpriu as condicionalidades em número de profissionais por categoria, solicitado novamente o credenciamento em outubro de 2022.

Em 2023, o município solicitou o credenciamento de quatro equipes multiprofissionais (eMulti) da modalidade ampliada e duas da modalidade complementar, com a finalidade de oferecer suporte a 60 equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, foram homologadas apenas duas eMulti da modalidade ampliada (sede), e uma da modalidade complementar (Costa/Orla).

No momento, segundo registro em RAG apenas uma eMulti ampliada, composta por quatro profissionais e com carga horária total de 125 horas semanais, presta apoio direto a três equipes de Saúde da Família na sede. No entanto, vale ressaltar que o apoio tem se mostrado relevante para a ampliação do escopo de atuação da Atenção Básica (AB), sobretudo no campo da atenção psicossocial à população adscrita.

No período de 2023-2024, ainda de acordo com o Relatório de Gestão, a Coordenação de Saúde Mental implementou estratégias integradas com a rede assistencial, com o objetivo de fortalecer a linha de cuidado. Entre essas ações, destacam-se a divulgação dos fluxos de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, bem como das urgências, visando qualificar o acesso dos usuários à rede de saúde.

Destacou ainda, que o CAPS Orla e o CAPS AD têm assegurado continuidade ao cuidado de usuários que demandam intensificação assistencial, adotando, inclusive, a estratégia de hospitalidade noturna ofertada pelo CAPS III. Essas práticas têm contribuído para a qualificação do cuidado e gerado respostas satisfatórias relacionadas à construção e execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Com base nos relatórios, a atenção a situações de crise configura demanda recorrente nos quatro serviços de saúde mental. E que esses serviços não apenas acolhem casos de maior gravidade, como também elaboram propostas de intensificação do cuidado voltadas a tais usuários. Ainda segundo relatório, a hospitalidade noturna tem desempenhado papel significativo na manutenção da continuidade assistencial, atendendo às necessidades de pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

Por fim, neste ano foi garantida a realização de supervisão institucional nos quatro serviços de saúde mental, álcool e outras drogas. A estratégia foi considerada fundamental para a discussão de casos de maior complexidade, ao possibilitar uma análise externa sobre a condição de saúde dos usuários e fomentar a identificação de alternativas inovadoras de intervenção em situações graves.

Transversalmente, observou-se, segundo relatórios, expansão progressiva da RAPS, com criação e consolidação de CAPS I/II/III, CAPSi e CAPS AD, perfazendo uma taxa de cobertura de CAPS de 1,3, ainda inferior ao pactuado nos planos de saúde; incorporação de PICS; ambulatórios provisórios e articulação com SAMU, UPA e Policlínica; fortaleceu-se a governança com Linha de Cuidado, fluxos e diretrizes de matriciamento, além de participação ativa em instâncias regionais e conferências.

Persistiram, contudo, capacidade assistencial aquém da necessidade — metas de cobertura reiteradamente não alcançadas e demanda ambulatorial represada nos CAPS —, problemas recorrentes de infraestrutura, TI, veículos, materiais e desabastecimentos, inconformidades sanitárias e déficit/rotatividade de pessoal, com lacunas de supervisão clínica, educação permanente e gestão do trabalho, além de adoecimento de equipes e baixa adesão familiar a alguns dispositivos.

E então, esses achados foram confrontados com os dados encontrados no campo empírico tais como: nas entrevistas com os agentes considerados chaves para a implantação da política no município, nos questionários aplicados aos profissionais, pacientes e familiares, assim como nas impressões registradas por meio do diário de campo (DC).

Para tanto, a discussão foi realizada a partir de três categorias: estrutura, processo e participação popular. A análise da estrutura foi realizada a partir do levantamento do número de equipamentos que compunha a RAPS e das condições estruturais dos CAPS. Outros aspectos levantados foram as questões referentes aos recursos humanos e materiais disponíveis para a oferta de cuidado aos pacientes.

No que se refere a estrutura, a sua análise foi realizada a partir dos dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), do Relatório Anual de Gestão, do

último ano. Bem como, do que foi observado in loco pela pesquisadora no momento da coleta de dados. O Quadro 4 apresenta a estrutura da rede a partir da imagem-objetivo proposta pela Portaria 3.088 de 23/12/2011, que institui a rede de atenção psicossocial.

Quadro 4: Matriz da RAPS de Camaçari, a partir da imagem-objetivo descrita na Portaria 3.088 de 23/12/2011

MATRIZ DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		
NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO	EQUIPAMENTOS IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO
Atenção básica em saúde	Unidades Básicas de saúde	Possui 39 Unidades de Saúde da Família (USF), 03 Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional (UBS)
	Equipe de Consultório na Rua	Possui uma equipe
	Residencial de Caráter Transitório;	Não possui
	Centros de Convivência;	Não possui
Atenção psicossocial especializada,	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;	Possui um CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i
Atenção de urgência e emergência,	a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) leitos hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;	a) Município possui duas bases de SAMU, sendo uma na sede outra na orla b) Existe sala de estabilização nas UPAs e PA c) Possui 03 UPAs e 02 PAs, distribuídas na sede e na costa d) Até a finalização desse documento não possui leitos hospitalares psiquiátricos habilitados e) Nas unidades que compuseram a amostra da coleta, todas registraram não possuírem estrutura para o atendimento de urgências psiquiátricas
Atenção residencial de caráter transitório,	a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;	a) Não possui b) Não possui;

Atenção hospitalar,	a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) 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;	a) Até a finalização desse documento, o município não possui leitos hospitalares psiquiátricos habilitados no Hospital Geral do município; b) o serviço é ofertado em Hospitais em Salvador
Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:	Serviços Residenciais Terapêuticos; e	Não possui
Reabilitação psicossocial.		Não foram identificados por meio de relatos. Assim como não foram identificados em documentos institucionais analisados.

Fonte: CNES e Relatório de Gestão (2024).

Com base no levantado, a Rede de Assistência Psicossocial do município de estudo, é composta por: 39 Unidades de Saúde da Família (USF); 3 Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional (UBS); 2 Equipes Multiprofissionais (eMulti), 1 equipe de Consultório de Rua (eCR), 2 Academias da Saúde, 66 Equipes de Saúde da Família (Eq.SF), 42 Equipes de Saúde Bucal (ESB) garantindo uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 77,09% e de Atenção Primária de 82,98%; 3 UPAS adulto, 1 UPA infantil, 2 Pronto Atendimentos, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi, CAPS AD, CAPS II e CAPS III), 1 ambulatório de psiquiatria infantil com 1 psiquiatra e 1 psicóloga, situado no Centro de Referência de Saúde da Criança, 3 ambulatório de psiquiatria adulto situados na Policlínica da Sede, no Multicentro da costa/orla e terceiro ambulatório foi transferido do CAPS II Orla, para uma USF na costa, em virtude de dificuldades estruturais, 2 bases de SAMU, sendo 1 na sede e outra na costa com 4 Unidades de Suporte Básico (USB) e 2 Unidades de Suporte Avançado (USA), e ainda 1 Hospital Geral Regional de médio porte, que até o momento da análise não possui leito de psiquiatria habilitado no CNES (SESAU, 2024).

Em relação a estrutura física dos CAPS, dos 4 serviços que compõem a rede apenas 1, o CAPS III, funciona em unidade própria, construída dentro dos padrões estabelecidos pela Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e especifica a estrutura para sua construção. Os demais serviços funcionam em casas adaptadas em estrutura em desacordo com

as normas vigentes.

O CAPSi está em funcionamento em uma casa alugada, localizada em um bairro de difícil acesso por meio de transporte público, funcionando de segunda à sexta das 8h às 17h. A mesma possui dois pavimentos, sem presença de rampas ou elevadores comprometendo a acessibilidade, o espaço foi adaptado de modo a existir, uma pequena recepção, uma sala de espera que funciona na varanda da casa, uma sala multiuso, que também atende como espaço para refeições, um SAME, uma sala de coordenação, farmácia, copa, sanitária para ambos os sexos para pacientes, funcionários e portadores de necessidades especiais (PNE), um depósito para material de limpeza, uma almoxarifado e seis consultórios, estando dois desativados por questões estruturais.

Quanto à iluminação, em vários ambientes estão comprometidos em virtude de algumas lâmpadas queimadas. Parte de teto, apresentava infiltração e possuía risco de desabamento, segundo registro de funcionários. Nas escadas internas e externas, não foi identificado equipamento de segurança como telas, faixas antiderrapante, expondo usuários e servidores ao risco de acidentes. O serviço funciona há cinco anos no local sem ter passado por um serviço de reforma e reparos preventivos importantes e os mobiliários de uma maneira geral não estão em bom estado de conservação.

Funcionando com 17 funcionários sendo 1 gerente 40h, 1 musicoterapeuta 30h, 1 higienizadora 40h, 4 assistentes administrativo, sendo 3 cumpre 40h e 1 cumpre 30h; 1 enfermeiro que trabalha 40h, 1 terapeuta holística com 30h, 3 psicólogos, dos quais 2 trabalham, 40h e 1 de 30h, 1 terapeuta ocupacional com 30h, 1 assistente social com 40h, 1 farmacêutico com 30h, 1 técnico de enfermagem com 40h e 1 pedagogo com 30h. Destes, 58% (10) são efetivos (CNES, 2025). Possui ainda um psiquiatra que atende 3 turnos por semana (dado levantado durante a visita ao serviço).

Figura 2: Fachada do CAPSi



Fonte: *Google Imagens*

O CAPS II situado no distrito da costa é responsável pela assistência psicossocial dos usuários desse território, com funcionamento de segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 17h. A unidade de saúde funciona num imóvel alugado, com estrutura antiga, de pavimento térreo, adaptado para este tipo de serviço, com quatro espaços distintos: a casa principal à frente, onde funcionam a recepção; o arquivo; a farmácia; sala de enfermagem; a sala da coordenação, interditado em virtude da inadequação na ventilação em decorrência do defeito no ar condicionado há meses, atualmente a coordenação desenvolve suas atividades administrativas de maneira adaptada compartilhando espaço e equipamentos com outros profissionais e três consultórios.

No anexo ao fundo existe uma área de convivência com três salas para oficina, copa, refeitório e banheiros de funcionários e de usuários, que estava interditada em virtude de falta de condições estruturais. A “casa do meio”, um anexo situado lateralmente ao terreno, onde se encontram o almoxarifado, um banheiro e uma sala de atendimento em grupo, que no momento da visita estava sendo usada de forma adaptada como refeitório para usuários. E por fim, uma casinha, situada do lado oposto ao descrito anteriormente, destinada ao armazenamento de material para a higienização, igualmente interditada por falta de condições estruturais.

Na casa principal, todas as salas são climatizadas, exceto a recepção cuja janela e porta de entrada permitem a circulação de ar natural, contando também com um ventilador de parede. O serviço não possui banheiros adaptados e apresenta muitos obstáculos à acessibilidade. A unidade possui uma área externa onde existe uma pequena horta e um espaço verde, que no momento da visita estava com a vegetação bem alta, possibilitando um esconderijo de animais peçonhentos e ou vetores de doenças, expondo trabalhadores e usuários a riscos. Os mobiliários são em quantidade insuficiente e em ruim estado de conservação.

A equipe de trabalho é composta por: 27 profissionais, sendo: 1 farmacêutico com 30h, 1 médico acupunturista com 40h, 3 psicólogos (dois de 40h e 01 de 30h), 4 assistentes administrativos (dois de 40h e dois de 30h), 3 assistentes sociais (dois de 40h e um de 30h), 1 musicoterapeuta (20h), 1 nutricionista (40h), 3 técnicas de enfermagem (40h), 2 médicos psiquiatra (um de 30h e um de 20h), 1 recepcionista (40h), 2 enfermeiros (30h), 1 artista plástico (30h), 1 profissional de educação física (30h), 1 gerente (40h), 1 vigilante (40h) e 1 higienizadora (40h), que também apoia no serviço de distribuição de alimento e na lavagem de roupa de alguns usuários que chegam com roupas em estado precário de higiene. Destes, 89% são servidores estatutários (CNES, 2025).

Figura 3: Fotos CAPS II Orla



Fonte: Google imagens.

O CAPS AD, funciona em uma casa adaptada de três pavimentos, sem existência de rampas e elevadores, com funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17h. A unidade possui 1 sala de espera que funciona na varanda da casa; 1 pequena recepção; 1 sala de acolhimento que fica ao lado da recepção, disposta de modo que não garante a privacidade dos pacientes; 1 sala de multiuso; 1 espaço para atividade coletiva, que estava desativada por falta de condição estrutural; farmácia; copa; refeitório; sanitário para ambos os sexos para pacientes e funcionários, contudo sem adaptação para PNE, DML, 2 consultórios individuais; sala de leitura; sala de enfermagem que também funcionava como sala de observação; depósito; sala da coordenação que compartilha espaço com outras ações administrativas e o SAME; uma área externa ao fundo da casa que estava parcialmente interdita em virtude do desabamento da cobertura.

A ventilação do espaço é inadequada em grande parte dos setores, apenas o consultório médico é climatizado. O serviço possui infiltração e mofo em vários setores. E os mobiliários de uma maneira geral não estão em bom estado de conservação.

Quanto a recursos humanos o CAPS AD conta com uma equipe composta por 16 funcionários: 1 gerente (40h), 1 artista plástico (30h), 2 sociólogos (40h cada), 1 musicoterapeuta (30h), 1 terapeuta ocupacional (30h), 1 farmacêutico (40h), 1 médico acupunturista (20h), 2 assistentes administrativos (40h cada), 2 psicólogos (30h cada), 1 enfermeiro 40h, 1 assistente social (40h), um médico uma vez por semana e uma higienização (40h). Destes, 75% são servidores efetivos (CNES, 2025).

Figura 4: Fachada do CAPS AD



Fonte: *Google* Imagens

O CAPS III, funciona em uma unidade inaugurada em dezembro de 2019, com recurso da Secretaria Estadual da Saúde e contrapartida municipal, a estrutura atende o previsto em portaria, com funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17h da parte ambulatorial, e com uma equipe para intensificação do cuidado no plantão de 24h composta por 01 enfermeira e 02 técnicas de enfermagem.

A unidade possui espaço de acolhimento, 2 salas de atendimento individualizado, 2 salas de atividades coletivas, 1 sala para PICS, 1 espaço interno de convivência, sanitário PNE masculino, sanitário PNE feminino, 1 sala de medicação, 1 posto de enfermagem, 4 quarto coletivo com acomodações individuais com 2 camas para acolhimento noturno, com banheiro, 01 sala de repouso para profissionais com banheiro masculino e feminino, sala administrativa, almoxarifado, arquivo, refeitório, cozinha, vestiário para funcionários com banheiro masculino e feminino, DML, rouparia, sala roupa suja, sala de utilidades, farmácia, área de serviço, área externa de convivência, área externa de embarque e desembarque, abrigo externo de abrigo comum. O serviço não possui área verde.

A equipe é composta por 54 funcionários: 1 gerente (40h), 2 terapeuta ocupacional, (30h e 40h), 1 farmacêutico (30h), 1 atendente de farmácia (40h), 1 médico acupunturista (20h), 8 assistentes administrativos, sendo 6 de 40h e 2 de 30h, 4 psicólogos, sendo três de 40h e um 30h cada, 8 enfermeiros sete de 40h e um de 30h, 2 assistentes sociais de 30h cada, 15 técnicos de enfermagem, nove de 40h e seis de 30h, 1 nutricionista de 40h, 1 educador físico 30h, 1 médico psiquiatra de 40h, que distribui sua carga horária em três dias na semana e 7

higienizadoras (40h). Destes, 50% são servidores efetivos (CNES, 2025).

Os problemas relacionados à estrutura física das unidades, e a repercussão na saúde do trabalhador, no desenvolvimento das ações e conseqüentemente na qualidade da assistência, são reconhecidos pela gestão e pontuados em seus relatórios. Contudo, ainda com base nessas informações, o município possui uma certa dificuldade para aluguel de outros imóveis, porém reafirma o compromisso de manter o investimento na efetivação desta ação (RAG, 2024).

Vale destacar que os dados apresentados acima, de fonte oficial (CNES), sobre a disponibilidade de profissionais, apresentam algumas divergências quando comparados com a informações observados nas visitas ao serviço, no que se refere a disponibilidade dos profissionais e distribuição da carga horária, o que implicaria na capacidade operacional do serviço.

Figura 5: Fachada do CAPS III



Fonte: Google Imagens

As ações da atenção básica são desenvolvidas por 78 equipes, incluindo 66 equipes de Saúde da Família (eSF), 12 da Atenção Primária à Saúde (eAP), além de uma equipe multiprofissional e uma equipe de Consultório de Rua (eCR).

Essas equipes estão distribuídas em 42 Unidades de Saúde, das quais 03 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 39 são Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em 09 Regiões de Saúde, abrangendo 02 Distritos (Sede e Costa). Além dessas unidades, a APS conta com 02 pólos da Academia da Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde desempenham um papel de referência para determinados serviços em regiões específicas e para Unidades de Saúde da Família situadas na mesma região. Atualmente, as UBSs estão passando por um processo de transição para o modelo de Unidades de Saúde da Família (USFs). Em virtude desse processo, algumas especialidades foram transferidas para centros de referência, como Centro de Referência da Saúde da Mulher (CASM), Centro de Referência a Saúde da Criança (CASC) e Multicentro, ficando como referência para as Unidades de Saúde.

O Consultório de Rua desenvolve atenção às pessoas em situação de rua, atualmente composta por: 1 agente comunitária de saúde, 1 médico, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 motorista e 1 técnico de enfermagem com 40h cada. Mas, já contou com odontólogo, auxiliar de odontologia e psicologia. Com apoio logístico de um carro exclusivo para as ações da equipe, assistindo uma população de 181 usuários.

No campo da promoção da saúde, identificado a existência de 2 academias da saúde, uma no distrito sanitário da sede e outra no distrito sanitário da costa, ambas têm como objetivo disponibilizar práticas de cuidado, mas sobretudo na perspectiva da promoção da saúde. A academia da sede, funciona em unidade própria que possui 1 banheiro compartilhado para homens e mulheres, profissionais e pacientes, 1 espaço fechado, utilizado para o armazenamento de materiais e equipamentos, acomodação dos servidores, inclusive para a alimentação e uma área aberta.

A equipe é composta por 2 educadores físicos, sendo um de 40h e outro de 30h; 1 fisioterapeuta 30h, 01 assistente administrativo e 1 higienizador. O espaço é compartilhado com a equipe Multi, juntos ofertam orientação nutricional, pilates, grupo de dor crônica, aeróbica, funcional, *Lian gong*, meditação e auriculoterapia. O serviço funciona de segunda a sexta das 8h às 17h. São realizados em média 40 atendimentos diários para atender uma população matriculada de aproximadamente 400 pessoas. Vale ressaltar que todos os servidores possuem vínculo efetivo.

A Academia da Saúde da Costa também funciona em um espaço próprio que possui uma área externa coberta, 1 sala fechada, utilizada para armazenada de material, atendimentos individuais e atividades administrativas, 1 banheiro de uso comum e uma pequena copa. A infraestrutura necessita de alguns reparos estruturais e o material disponibilizado não é suficiente para a realização dos serviços ofertados.

A equipe é composta por 4 servidores, todos efetivos, sendo 1 educador físico (40h), 1 sociólogo (40h), 2 fisioterapeutas, sendo um de 30h e outro de 10h e um higienizador (40h). Entre as atividades realizadas estão as PICS, grupo de dor crônica, grupo de mulheres para

geração de renda, grupo de economia solidária, com funcionamento de segunda a sexta das 8h às 17h, realizando em média 70 atendimentos diários, para uma população matriculada de 245 usuários, sendo que destes, 150 estão ativos.

A oferta dos serviços de urgência é distribuída em todo o território, por 02 UPAs adulto e uma pediátrica na sede e uma na costa, que por sua vez possui 2 PA que são distribuídas nas extremidades da costa. Além dos serviços do SAMU, com uma base na sede e outra na costa.

Finalizando o levantamento estrutural, o município disponibiliza o serviço de TeleNordeste, projeto que tem como objetivo ofertar consultas especializadas por meio de teleinterconsultas, possibilitando a ampliação da consulta especializada na atenção básica e a interação do médico generalista com diversas especialidades. Essa estratégia pode apoiar a equipe da atenção básica no diagnóstico e manejo dos transtornos mentais comuns, ampliando o acesso. Essas condições clínicas foram relacionadas entre as dez mais manejadas na lista dos utilizadores da estratégia.

Essa descrição coaduna com o que foi apresentada nos RAGs, evidenciando uma rede relativamente robusta, mas que apresenta inúmeros problemas estruturais. No que tange os déficits dos demais recursos, citados como barreira para a oferta de um serviço de qualidade, e também com os resultados levantados na coleta realizada com os profissionais:

Nos momentos de escassez, de mudança de governo. [...] Agora mesmo a gente está com um psiquiatra que ele estava numa carga horária o dobro do que é hoje, e hoje ele está pela metade. [...] (Diário de campo, profissional do CAPS, 18 mar. 2025).

Ao longo dos 10 anos de existência, o CAPS i vem perdendo profissionais de nível superior, por diversos motivos, hoje somos quase a metade. A redução da equipe atrapalhou a realização de atividades coletivas, ficando focada em pacientes em crise (Diário de campo, profissional do CAPS, 18 mar. 2025).

A falta de recurso, sobretudo para oferta de serviços de promoção, prevenção e reabilitação surgiu tanto nos documentos de gestão quanto nas falas dos profissionais. Constituindo em uma justificativa para a priorização dos atendimentos individuais- “A redução da equipe atrapalhou a realização de atividades coletivas, ficando focada em pacientes em crise” (Diário de campo, profissional do CAPS, 18 mar. 2025). “Agora tem pouco oficina ativa por déficit de pessoal” (Diário de campo, profissional CAPS, 20 jan. 2025). “Falta capacitação e recurso material e serviço de reabilitação” (Diário de campo, profissional CAPS, 20 jan. 2025).

No que se refere a oferta de medicação, 56,6% dos usuários informaram as recebê-las pelo SUS, sendo 20% apenas de forma parcial. E quanto a regularidade da oferta 76,6% declararam que esta é irregular.

Diante disto, conclui-se que a rede apesar da sua importante ampliação, perpetua

problemas de ordem estruturais, de recursos humanos e materiais que impactam na condição de trabalho, refletindo em adoecimento e desestímulo dos trabalhadores o que pode refletir na qualidade do serviço ofertado. “A gente tem uma equipe de profissionais cansados. A gente desgastada, se sentindo desvalorizado” (Entrevistado 4). “Nosso território tem muitas áreas descobertas de atendimento” (Diário de campo, enfermeira de PSF, 16 jul. 2024). “muitos colegas estão afetados depois da pandemia” (Diário de campo, ACS, 20 ago. 2024).

Na categoria do processo foram analisadas, aspectos referentes ao acesso, matriciamento como estratégia para descentralização do cuidado para a atenção básica, perfil e formação dos profissionais, ferramentas utilizadas no cuidado e a análise da normatização da rede por meio de diretrizes, fluxos e protocolos.

Para tanto, se fez necessário o debate em torno do acesso aos serviços de saúde que revela um campo conceitual marcado por pluralidade e complexidade, constituindo um dos eixos centrais da Saúde Coletiva. A noção de acesso ultrapassa a mera disponibilidade de serviços, envolvendo dimensões políticas, econômicas, técnicas, simbólicas e culturais que configuram a forma como os sujeitos se inserem nas redes de atenção e como estas respondem às suas necessidades. Trata-se, portanto, de um conceito dinâmico, frequentemente empregado de modo impreciso, mas essencial para compreender as desigualdades no uso e na efetividade do sistema de saúde.

Giovanella e Fleury (1995), propõem uma abordagem analítica que organiza o conceito em quatro dimensões explicativas — política, econômica, técnica e simbólica —, cada uma delas relacionada a modelos teóricos específicos de interpretação do acesso. A dimensão econômica, ou modelo economicista, enfatiza a relação entre oferta e demanda e o equilíbrio entre recursos e necessidades.

A dimensão técnica, denominada sanitaria-planetificadora, aborda a racionalidade da organização da rede e dos processos de trabalho em saúde. A dimensão política, vinculada ao modelo sanitaria-politicista, relaciona-se ao desenvolvimento da consciência sanitária, à mobilização social e ao controle público das políticas. Já a dimensão simbólica, inspirada nas representações sociais da saúde, incorpora os sentidos culturais, as crenças e os valores que orientam as práticas e percepções de usuários e trabalhadores.

Essas autoras destacam ainda cinco dimensões operacionais do acesso: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. A disponibilidade diz respeito à relação entre a oferta existente e o volume de necessidades; a acessibilidade, conforme Unglert (1990), refere-se à localização espacial e aos meios de deslocamento; a adequação funcional compreende o ajuste entre a forma de organização dos serviços e a

capacidade dos usuários de deles se apropriarem; a capacidade financeira envolve a relação entre custos e poder aquisitivo; e a aceitabilidade remete às atitudes recíprocas entre profissionais e usuários.

Considerando essas dimensões, com base nos achados, o município enfrenta o desafio de atender a demanda posta na rede: “Muitas crianças aguardando consulta com neuro para definir diagnóstico” (Diário de campo, ACS/UBS, 20 ago. 2024), “Nosso território tem muitas áreas descobertas de atendimento” (Diário de campo, enfermeira/USF, 16 jul. 2024),

A dificuldade em absorver a demanda, pode estar relacionada além das questões epidemiológicas que apontam para um aumento significativo de adoecimento mental da população, associada à dificuldade em concretiza o cuidado a partir da rede e por fim, aos déficits estruturais. O segundo fator com base no que foi levantado, pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles a centralização do cuidado a saúde mental no CAPS e na assistência individual: “No CAPS AD temos uma dificuldade de dar alta aos pacientes, pode ser porque aqui eles são acolhidos sem preconceito, não sei” (Diário de campo, profissional CAPS AD, 09 jan. 2025).

As estratégias de atendimento coletivo são limitadas do ponto de vista quantitativo e qualitativo: “Os grupos terapêuticos do CAPS ofertam um pequeno número de vagas e em alguns casos não se adequam a necessidade do usuário” (Diário de campo, profissional CAPS, 12 ago. 2024).

Os pontos da rede não dão conta de atender as demandas a partir do seu nível de complexidade, o que pode estar relacionado a capacidade operativa do serviço ou a ausência de capacitação dos profissionais que não se sentem aptos ao cuidado do paciente em sofrimento mental: “A rede de assistência a SM é limitada, não dá conta da demanda” (Diário de campo, profissional CAPS, 18 mar. 2025). “Os casos leves não temos para onde encaminhar” (Diário de campo, enfermeira USF, 16 jul. 2024).

Unglert (1990), amplia a análise ao distinguir o acesso geográfico — tempo e distância percorridos até o serviço — e o acesso econômico, relacionado às barreiras monetárias e sociais que condicionam a utilização. Já a dimensão técnica abarca tanto a entrada formal nos serviços quanto a qualidade do cuidado recebido, aspecto reforçado por Ramos e Lima (2003) ao destacarem o papel mediador do acolhimento.

A barreira geográfica foi destacada tanto nas falas dos profissionais quanto dos usuários, uma vez que se trata de um município relativamente grande do ponto de vista geográfico, dividido em dois territórios, a sede do município mais ao continente e a costa, que enfrenta um problema importante no que se refere ao transporte público, com oferta limitada e com um custo elevado

por meio das plataformas digitais de transporte ou do transporte clandestino, sobretudo, para poluição costeira.

Eu acho que atualmente a equipe é reduzida e mesmo assim não tem braços e pernas para tantos casos, é um território extenso, a gente tem problemas para além da nossa questão mesmo de saúde, problemas de transporte, problemas diversos, que dificulta a chegada do sujeito até o CAPS. O CAPES é uma proposta territorial, então seria importante ter unidades na costa do município. Não temos transporte público, esse em um dos pilares, é o acesso, atendemos sede e costa, um município com extensão geográfica enorme. (Diário de campo, profissional CAPS, 18 mar. 2025).

Essas dificuldades obrigam a equipe realizar arranjos administrativos que acabam comprometendo a realização de outras ações: “O carro de lá o que a gente faz, ao invés de fazer visita a gente pega o paciente grave em casa” (Diário de campo, profissional CAPS, 18 mar. 2025).

As barreiras citadas pelo autor são percebidas nas experiências relatadas pelos profissionais: “A população assistida tem limitações, vulnerabilidade social, o que não favorece o acesso. Os serviços ficam limitados a população que moram perto dos serviços” (Diário de campo, profissional CAPS, 12 ago 2024).

A articulação intersetorial como estratégia de enfrentamento as fragilidades de acesso, não foi identificada nem nos documentos de gestão tão pouco nos relatos da gestão e dos profissionais: “A RAPS precisaria se articular com outros setores, como por exemplo a secretaria de transporte, entre outros, mas não é a lógica do município, quem está na gestão da SM não pensa assim” (Diário de campo, profissional CAPS, 20 jan. 2025).

A barreira de acesso limita o acesso a arsenal terapêutica, dificulta o estabelecimento de vínculo e a intensificação do cuidado: “No CAPS ela era vista pelo psiquiatra 3 vezes por mês. Tinha oficina de fuxico, ela gostava, mas o transporte é difícil. O profissional de referência dela do CAPS era atencioso mais o que dificulta é o acesso ao CAPS” (Diário de campo, filha da paciente do PSF, 27 jan. 2025)

Para Hortale et al., (2000), o acesso está intrinsecamente relacionado ao grau de descentralização e à capacidade de gestão do sistema de saúde. Nessa perspectiva, o conceito é operacionalizado em três subsistemas — decisão, produção e informação —, e compreende variáveis que extrapolam a acessibilidade organizacional, incorporando o controle social, a equidade e a coerência entre oferta e necessidades coletivas. “O médico do PSF me encaminhou para CAPS, falou que era clínico e não podia me acompanhar sozinho” (Diário de campo, paciente, 16 jul. 2024). “O acesso ao CAPS é mais fácil que ao ambulatório de psiquiatria” (Diário de campo, paciente, 16 jul. 2024).

Esses achados evidenciam a negligência do princípio da longitudinalidade, amplamente

reconhecida na Política Nacional de Atenção Básica, como estratégia de construção de vínculos contínuos entre usuários e equipes, que potencializam as práticas integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Como previsto por Hadad; Jorge. (2018) essa prática de continuidade assistencial favorece maior precisão diagnóstica e reduz encaminhamentos desnecessários para níveis especializados ou procedimentos de maior complexidade.

A presença decisória do controle social é representada, em duas circunstâncias narradas por uma entrevistada e por uma gestora de serviço ao longo da pesquisa.

Na primeira narrativa:

Mas conseguir implementar as coisas só com a opinião técnica era *hard*. Aí a gente fez uma reunião com as mães. Mãe é uma coisa absurda. É maravilhoso trabalhar com mãe. Principalmente com mãe. Pai também, alguns aparecem, mas o negócio é mãe. Aí eu sei que elas se reuniram, se organizaram. Foram para um evento com a presidenta, esse evento que ia ter Dilma lá com a (nome do prefeito), foi com cartazes “Dilma, queremos o CAPS i! Por que a gente não tem um CAPSi? Fizeram uma carta, conseguiram não sei como que essa carta chegasse na mão de Dilma, aí Dilma chamou a (o nome do prefeito) assim no canto e falou veja essas mães, não sei o que também falou, e aí convocou a gente e (o nome do secretário de saúde). (Entrevista 1).

Já na segunda narrativa:

A introdução desse profissional, dos neuro aqui, foi um movimento da família, um pedido de família. A pedido das famílias, dos assistidos, recordando a conjuntura do momento, a gente estava nos anos 2015, 2016, surgiram muitos casos na rede de crianças no espectro do autismo. E para além do espectro do autismo, estavam cursando com algum sofrimento. (Diário de campo, profissional do CAPS i, 18 mar. 2025).

Thiede e McIntyre (2008), sintetizam essas contribuições ao definir o acesso como o grau de ajuste entre serviços e comunidade, expresso em três dimensões interdependentes: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. A primeira traduz a existência de recursos e infraestrutura; a segunda, os custos diretos e indiretos do cuidado; e a terceira, os aspectos culturais e simbólicos que determinam a aceitação e o uso efetivo dos serviços. Para os autores, a informação assume papel estruturante, ao transformar o acesso potencial em acesso real.

Trabalhar no enfrentamento aos estigmas identificadas na relação de cuidado dos profissionais da saúde com o paciente da saúde mental, é um desafio que deve ser enfrentado a partir da educação permanente. Essa situação ainda é mais grave quando se trata do público do CAPS AD, onde identificou-se relato de preconceito até mesmo pelos profissionais de outros CAPS, isso pode estar relacionado ao perfil desses pacientes:

As barreiras ao acesso ao tratamento dos pacientes dependentes químicos e álcool e outras drogas, é decorrente do estigma. A maioria do público do CAPS AD são negros, jovens, baixa escolaridade e usuário de álcool, muito vulneráveis” (Diário de campo, profissional CAPS AD, 09 jan. 2025).

A partir de Andersen e Newman (1973), o uso dos serviços é compreendido como uma expressão empírica do acesso, condicionado por fatores predisponentes (sociodemográficos e culturais), capacitantes (renda, cobertura e disponibilidade de serviços) e necessidades de saúde (diagnóstico profissional e autopercepção). Essa formulação introduz a ideia de que o acesso é simultaneamente estrutural e individual, produto da interação entre condições sociais e trajetórias subjetivas. “Nas UBS os pacientes têm dificuldade de acesso, os pacientes sofrem discriminação. Os profissionais têm dificuldade de manejar esses pacientes, com matriciamento melhorou” (Diário de campo, profissional CAPS II, 20 jan. 2025).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), Starfield (2004), relaciona o acesso às diferentes possibilidades de entrada no sistema, influenciadas pela localização geográfica, horários de funcionamento, oferta de consultas não agendadas e percepção de adequação por parte da população. O que foi corroborado pelo achado na amostra que compôs a população do estudo. No que se refere ao primeiro serviço buscado pelo usuário quando o início dos sintomas 33,33% afirmaram ter buscado uma unidade básica de saúde, 23% buscaram um ambulatório de psiquiatria, 23% uma urgência psiquiátrica e apenas 3,3% procuraram um CAPS.

Contudo, no âmbito das disputas relacionadas à descentralização das ações de SM para a AB, emergem conflitos quanto à compreensão do papel de cada nível no cuidado aos pacientes em sofrimento mental. Parte deles, tanto da gestão, quanto dos profissionais demonstram o entendimento do seu papel no cuidado integral deste usuário, contudo uma boa parte acreditava que esta atenção deveria estar concentrada no nível especializado. Essa discordância pode estar relacionada a múltiplas causas, desde ao preconceito no cuidado a esse público, à falta de preparo, que se dá desde a graduação até o processo de educação continuado em serviço. O acúmulo de trabalho por parte da AB também aparece como entrave à descentralização em algumas falas.

É, então assim, eu entendo que Camaçari veio num movimento que teve que iniciar a assistência. A pessoa com transtorno mental. Então eu entendo que a gente. Apesar de ter boas referências técnicas. Na área da saúde mental mesmo. Eu acho que a gente teve que começar. E aí eu não acho que seja uma coisa. Minha experiência ainda. Começar na perspectiva ambulatorial mesmo. Tentando dar conta. E apagar incêndio. De pelo menos. Tirar os pacientes da crise. tirar os casos nas situações mais graves. Ser alternativa para os hospitais, né? Os hospitais e, assim, muito na perspectiva até de que a gente não estivesse atendendo casos agudizados, mas entendendo que era uma perspectiva muito mais ambulatorial. Queixo e conduta, né? mas que a gente, principalmente com o CESME, estruturava muito em perfil ambulatorial no começo. (Entrevistada 4).

O paciente com transtorno mental é um paciente que é do território. Então, originalmente, ele é um paciente da atenção básica. Então, hoje eu percebo que a atenção básica tem muito potencial para os transtornos leves, de tocar as condições que estão muito comuns na vida das pessoas hoje. E a gente percebe que os

profissionais da atenção básica têm essa resistência, e eu acho que é por esse acúmulo de atividades, mas também pela dificuldade de manejar questões de saúde mental hoje que estão mais complexas. (Entrevistado 4).

O papel da AB na atenção à saúde mental entre os profissionais parece claro, mas vem sempre seguido de algumas considerações, que de alguma forma refletem em bloqueio de acesso ao serviço integral e humanizado. O que pode ser corroborado pelos relatos coletados nas entrevistas e durante a aplicação do questionário com profissionais, pacientes e familiares. A dificuldade de acesso é constantemente registrada nas falas, que ocorre tanto do ponto de vista geográfico quanto aos relacionados aos problemas de gestão.

Falta espaço para discutirmos a rede com colegas e com a gestão (Diário de campo Enfermeira de PSF, 16 jul. 2024).

Muitos ficam em casa achando que o problema vai passar e só piora. (Diário de campo, ACS, 20 ago. 2024)

Falta apoio para os familiares no CAPS, não cuidam dos familiares, mas não posso reclamar meu filho teve acesso a todos o tratamento aqui em Camaçari, em Salvador tentei e não conseguir nada. (Diário de campo, familiar, 16 out. 2024).

Contudo a estratégia de matriciamento, que se configura como estratégia de educação permanente na perspectiva de descentralização de serviço, não conseguiu se consolidar com base no que foi levantado:

A questão é que todo o processo de matriciamento, ele só funciona se ele tiver constância, se ele for permanecer. Então, visitas esporádicas servem para você apresentar o serviço. Então, assim, eu entendia que tinha uma boa vontade, até uma orientação da coordenação de saúde mental, das equipes de gestão de saúde mental, de manter o processo dessa forma, mas a gente não conseguia garantir essa sustentabilidade. E aí não se criou vínculo. (Entrevistado 4).

O que pode estar relacionado ao processo como essa ferramenta foi utilizada. Deve-se considerar que, a formação de um “apoiador matricial” precede de etapas que vão desde a compreensão do papel do apoiador, passando pela formação desse profissional para que este reúna ferramentas que são indispensáveis a função de apoio, tanto do ponto de vista técnico, quanto metodológico, para o fazer matriciamento.

Outra questão é que esse processo precisa ser discutido entre os agentes envolvidos, para que a estratégia de implantação dessa ferramenta seja mais efetiva: “os profissionais da atenção básica não são receptivos ao matriciamento e ao compartilhamento do cuidado” (Diário de campo, profissional do CAPS, 09 jan. 2025), O CAPS atende o paciente e não discute com a gente”. (Diário de campo, ACS/UBS, 20 ago. 2024).

Esses achados perpassam por um componente que é ao referente ao perfil e capacitação de todos os profissionais da rede (urgência/emergência, hospital) mas sobretudo dos centros

especializados e da atenção primária: “Tem profissionais aqui do CAPS que não tem perfil para atender no CAPS, tão pouco realizar matriciamento, mantém a lógica do trabalho manicomial” (Diário de campo, profissional CAPS, 20 jan. 2025).

Refletindo em uma descentralização do serviço que não é efetiva: “A Atenção Básica não é resolutiva, apesar de atender, não acolhe resolutivamente”. (Diário de campo, profissional do CAPS, 17 jun. 2024), “Alguns profissionais até tem condição de atender, principalmente pelo vínculo com a comunidade, mas só faz renovar receita”. (Diário de campo, paciente, 17 out. 2024).

Podemos identificar também uma superespecialização do cuidado, condicionando a qualidade do cuidado ao atendimento especializado: “Na USF o paciente tem a receita renovada sem reavaliar o paciente, sem solicitar avaliação do especialista”. (Diário de campo, familiar, 08 jul. 2024).

A vulnerabilidade presente na relação terapêutica entre as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e seus usuários repercute diretamente sobre a condução das práticas clínicas. Interações marcadas pela fragmentação dos serviços e pela predominância de especializações excessivamente compartimentalizadas — traços característicos do modelo biomédico hegemônico — tendem a obscurecer dimensões centrais do sofrimento, da autonomia e das possibilidades de emancipação dos sujeitos. Tal dinâmica contraria os fundamentos da atenção primária centrada na pessoa, que pressupõe vínculos, integralidade e reconhecimento das necessidades em sua complexidade social, conforme apontam Starfield (2002) e Giovanella e Mendonça (2012).

Autores como Ayres (2004) e Campos (2000) destacam que a produção do cuidado exige encontros dialógicos capazes de reconhecer o usuário como protagonista de seu processo terapêutico, superando práticas normativas e procedimentos mecanizados. Quando prevalece a lógica fragmentada, os encontros clínicos tornam-se pouco resolutivos, limitando a construção compartilhada do cuidado e comprometendo a qualidade da atenção ofertada. Nessa perspectiva, Merhy (1997) lembra que a potência do cuidado reside justamente no “trabalho vivo em ato”, dependente da capacidade relacional, da escuta qualificada e da coresponsabilização entre profissionais e usuários.

Quanto à formação em Saúde mental, com base no que foi levantado no questionário com os profissionais e o conhecimento sobre a RAPS, 80,65% relatam já ter tido contato com tema, sendo 24% em cursos de extensão e 32% em pós-graduações, ocorrido há menos de um ano para 40% dos profissionais. Identificada a ausência da abordagem desse tema na graduação. Foram registradas falas sobre a ausência de atualização na área: “A gestão não patrocina a ida

aos eventos para a qualificação e não temos educação permanente” (Diário de campo, profissional do CAPS, 09 jan. 2025). Quanto à percepção da efetividade da capacitação, 56% alegaram que foi efetiva (Tabela 3).

Quando questionados sobre o conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental, 58% declararam ter conhecimento entre razoável e satisfatório, quanto a RAPS do município, apenas 32% informaram conhecê-la e 80,6% não consideraram fácil o acesso, resultado compatível com a percepção do usuário (76,6%).

Tabela 3: Características da formação dos profissionais da rede de atenção psicossocial de Camaçari no que se refere a temática de saúde mental, 2024

Contato com temática Saúde Mental	N	%
Sim	25	80,65%
Não	6	19,35%
Momento de contato com temática de Saúde Mental?		
Na graduação	2	8,00%
Curso de formação	1	4,00%
Curso de extensão	6	24,00%
Pós-graduação	8	32,00%
Matriciamento	2	8,00%
Na prática em serviço	6	24,00%
Há quanto tempo foi a última formação?		
Menos de um ano	10	40,00%
De 2 a 5 anos	5	20,00%
Mais de 5 anos	7	28,00%
Faz parte de minha rotina	3	12,00%
Considerou essa formação efetiva?		
Sim	14	56,00%
Não	11	44,00%

Fonte: Autora (2025).

Os dados quantitativos referentes às ações técnicas pedagógicas, ter sido matriciado por alguma equipe do CAPS ou e-Multi foi descrita por 52,38%, entre eles um foi um profissional do CAPS, que referiu ter sido matriciado por outro CAPS e os demais foram da AB, 60% informaram que essa ação ocorreu há menos de 1 ano e a percepção de efetividade foi dividida, 50% consideraram efetiva: “Quando o NASF fez o matriciamento, achei mais efetivo quando comparado pelo realizado CAPS. O do CAPS não tem continuidade”. (Diário de campo, médica de PSF, 26 jun. 2024).

Quando questionados quanto ao motivo da ineficiência da ação, questões como falta de vínculo, continuidade e inadequação da abordagem e dos temas trabalhados, por não considerar

o perfil do território foram pontuados (Tabela 4). Ainda nesta lógica destacamos os resultados encontrados quando questionado o papel dos CAPS na rede, o papel de matriciador só foi pontuado por um profissional, podendo inferir que o papel de matriciador da rede ainda não está muito claro no imaginário dos profissionais. A maioria (58%) destacou o papel de atenção aos transtornos graves e persistentes, seguido de articulador da rede (12,9%), acolher famílias e pacientes (9,6%), não sei (9,6%) e de reabilitação psicossocial (3,22%).

A discussão de casos com outras equipes foi pontuada em 54,83%, sendo que deste percentual 65% são referentes aos CAPS que relatam discutir casos com outros CAPS, AB e outros pontos da rede intersetorial tais como escola, conselho tutelar, entre outros. A existência de Apoio Institucional foi pontuada por 48,38%, todos por profissionais da AB. A Supervisão Clínica foi descrita por todos os profissionais do CAPS, onde apenas um descreveu como não sendo efetiva (Tabela 4).

Tabela 4: Dados referentes a estratégia de apoio técnico pedagógico com base nas informações dos profissionais, 2024.

Foi matriciado por uma equipe de Saúde Mental e ou E-Multi?	N	%
Sim	10	47,62%
Não	11	52,38%
Quando passou pelo último matriciamento?		
Há menos de 1 ano	6	60,00%
De 1 a 5 anos	4	40,00%
Considerou efetivo?		
Sim	5	50,00%
Não	5	50,00%
Se não, por quê?		
Não estabeleceu vínculo e não teve continuidade	3	60,00%
Não foi considerada as necessidades da equipe na escolha do tempo abordado, abordagem inadequada	2	40,00%
Recebi Apoio Institucional?		
Sim	15	48,39%
Não	16	51,61%
Recebi de Supervisão Clínica?		
Sim	12	38,71%
NSA	19	61,29%
Se sim, considerou efetivo?		
Sim	11	91,67%
Não	1	8,33%

Fonte: Autora (2025).

Sendo assim, pode inferir que o matriciamento na AB avançou de forma intermitente, alternando iniciativas promissoras com interrupções por fatores operacionais. Desta forma, a

descentralização da atenção à saúde mental no território, sobretudo dos casos leves e moderados, se apresenta como um desafio.

A literatura da Saúde Coletiva problematiza, contudo, a tendência a reduzir o acesso à lógica economicista da relação prestador-usuário. Em uma perspectiva ampliada, o acesso é concebido como categoria de análise das práticas sociais e institucionais que produzem cuidado, revelando interações entre dimensões políticas, simbólicas e materiais (Sawyer et al., 2002; Spink, 2007). A demanda por serviços, portanto, é entendida como construção social, resultado da articulação entre direitos, necessidades e desejos. “Não gosto do ambiente do CAPS por conta do quadro dos pacientes. Não quis ficar la... tinha medo de ficar igual a eles” (Diário de campo, paciente, 15 jan. 2025).

Ainda que a expansão da rede básica tenha favorecido a acessibilidade territorial, persistem disparidades entre oferta e demanda, o que mantém o predomínio de um modelo assistencial centrado na doença e na demanda espontânea (Souza, 2008). A insuficiência de redes regionalizadas e integradas de referência e contrarreferência reforça a fragmentação do cuidado e limita a efetividade da integralidade, princípio estruturante do SUS.

Desta forma, a percepção que o usuário possuía sobre a rede pode interferir na sua dinâmica, sendo assim, deve-se considerar os achados onde 66,66% não consideram os profissionais da atenção básica aptos ao atendimento de usuários da saúde mental, quando questionados o motivo, 45% acreditam que não são capacitados, no que se refere aos profissionais do CAPS eles acreditam que 56,67% não estão habilitados ao cuidado da atenção psicossocial. No entanto, 35% nunca utilizaram o serviço, porém 35,29% declaram que acreditam que o profissional não tem perfil. Os profissionais dos ambulatórios de psiquiatria foram considerados capacitados por 33,33% dos usuários.

Esse dado pode ser corroborado quando observado os dados referentes a atenção a crise, onde 50% dos pacientes informaram, que realizam seu controle em casa, ou outras opções em detrimento aos equipamentos de saúde (Tabela 5).

Tabela 5: Percepção dos pacientes quanto aos serviços da RAPS, Camaçari, 2024

Considera os profissionais da AB capacitados a atenção ao usuário de saúde mental?	N	%
Sim	10	33,33%
Não	20	66,67%
Se não, por quê?		
Não são capacitados	9	45,00%
Só tem clínico geral, não atende essas demandas	5	25,00%
Não tem paciência, não gostam	2	10,00%

Dificuldade de acesso	2	10,00%
Não é lugar para tratar esses casos	2	10,00%
Considera os profissionais da CAPS capacitados a atenção ao usuário de saúde mental?		
Sim	13	43,33%
Não	17	56,67%
Se não, por quê?		
Nunca utilizei	6	35,29%
Não criei vínculo	1	5,88%
Profissionais sem perfil	6	35,29%
Falta de habilidade para intervir na crise	4	23,53%
Considera os profissionais do ambulatório de psiquiatria capacitados a atenção ao usuário de saúde mental?		
Sim	10	33,33%
Não	7	23,33%
Nunca utilizei	13	43,33%
Se não, por quê?		
Difícil acesso	2	28,57%
Só faz prescrever medicação	1	14,29%
Não tenho opinião	4	57,14%
Qual serviço procura quando está em crise?		
CAPS	4	13,33%
Hospital Psiquiátrico	4	13,33%
UBS	2	6,67%
UPA	5	16,67%
Tento controlar em casa	7	23,33%
Outro	8	26,67%

Fonte: Autora (2025).

Esses dados podem refletir na dificuldade de acesso, uma vez que 76,92% dos pacientes que buscaram os serviços de saúde durante uma crise, consideram bom o acolhimento. Outra informação a ser considerada, são os resultados apontados pelos trabalhadores quando questionados sobre o manejo da crise. Quanto ao manejo de crise, 35,48% dos profissionais relataram não realizar em suas unidades, entre os motivos sinalizados 45,45% referiram não ter estrutura, 27,27% informaram não ter habilidade e 27,27% por não considerar ser de competência da equipe (Tabela 6).

Tabela 6: Dados relativos à atenção psicossocial dos profissionais na RAPS do município, com base na informação dos profissionais, 2024

Sua unidade/equipe realiza manejo de crise?	N	%
Sim	20	64,52%
Não	11	35,48%
Se não, por quê?		
Não temos estrutura	5	45,45%
Não temos habilidade	3	27,27%
Não é competência do serviço	3	27,27%

Fonte: Autora (2025).

Nesta senda a categoria acesso assume, assim, papel estratégico na análise das políticas públicas de saúde, pois expressa a materialização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Os fatores limitantes mais recorrentes incluem a baixa acessibilidade geográfica, a fragmentação organizacional, a insuficiência de hierarquização e regionalização, a desigualdade econômica e a precariedade dos mecanismos de acolhimento e escuta qualificada.

A dimensão política do acesso explicita o grau de comprometimento dos formuladores e gestores com o princípio da universalidade, a pactuação entre os níveis de governo e a participação social no processo decisório.

A dimensão econômico-social, por sua vez, evidencia os efeitos das desigualdades estruturais e da distribuição desigual de recursos, que condicionam a efetividade das políticas. Já a dimensão organizacional relaciona-se à capacidade da rede de atenção em oferecer respostas oportunas e resolutivas, reforçando a APS como eixo ordenador do sistema.

A dimensão técnica enfatiza a responsabilização compartilhada entre gestores, trabalhadores e usuários, mobilizando os dispositivos da integralidade — acolhimento, vínculo e autonomia (Santos e Assis, 2006; 2008). O acolhimento é entendido como prática comunicacional que garante escuta, resposta e continuidade do cuidado; o vínculo, como relação de confiança e coprodução do cuidado; e a autonomia, como processo de construção de sujeitos capazes de agir e decidir sobre sua própria saúde (Castoriadis, 1992).

Murei a casa porque queriam agredir eles. Quando está em crise não consigo levar para escola. No CAPS é só renovar receita. Quando eles estão em crise, não alteram nada. Não concordo com internação, mas a gente precisa de ajuda para controlar a crise. (Diário de campo, mãe de pacientes, 15 mai. 2025).

Por fim, a dimensão simbólica reconhece que o acesso é também atravessado por representações, valores e crenças que moldam as formas de buscar e oferecer cuidado. Essa dimensão aproxima o conceito das práticas sociais concretas e do campo da cultura, evidenciando que o acesso é simultaneamente um fenômeno técnico, político e simbólico.

O CAPS tem mais habilidade para medicar os pacientes. Existe muitos tabus quanto os pacientes de saúde mental. Eu não tenho habilidade para atender casos agressivos, graves. Mas, os casos mais leves eu gosto de atender, eu escuto e acolho todos.” (Diário de campo, médica de PSF, 21 mar. 2025).

Em síntese, as diferentes dimensões do acesso convergem para a construção de uma atenção à saúde responsável, integral, equânime e de qualidade, capaz de articular racionalidades técnicas e simbólicas, práticas institucionais e experiências cotidianas, reafirmando o projeto ético-político do SUS como um sistema orientado pelo direito à saúde. De modo geral o acesso ao serviço de saúde mental se apresentou com muitas fragilidades e pouco homogêneo na percepção dos agentes ouvidos.

Ainda na lógica de avaliar o processo outro componente avaliado, foi o tratamento, com base nas informações coletadas no questionário dos pacientes/familiares, 40% realizavam tratamento apenas com medicação. Contudo, 56,67% referiram o desejo em realizar outro tratamento, além da medicação. As terapias de maneira geral representaram 52,94%, e o motivo para a não realização, foi em sua maioria, por não ter acesso 76, 47% (Tabela 7). A terapia foi reconhecida como efetiva para o tratamento dos transtornos mentais por 70% dos pacientes e familiares. (Paciente) “A medicação é apenas para aliviar os sintomas físicos”.

Tabela 7: Dados referentes a informações sobre tratamento de usuários da RAPS, Camaçari, 2024

Tipo de tratamento realizado	N	%
Apenas medicação	12	40,00%
Medicação e terapia	6	20,00%
Medicação e outros	2	6,67%
Medicação, terapia e PICS	4	13,33%
PICS	3	10,00%
Outros	2	6,67%
Não realiza	1	3,33%
Gostaria de fazer outro tratamento		
Sim	17	56,67%
Não	13	43,33%
Se sim, qual (is)?		
Avaliação psiquiátrica	1	5,88%
PICS e costelação familiar	1	5,88%
Terapias	9	52,94%
Equinoterapia e terapia corporal	1	5,88%
Terapia e atividade física	1	5,88%
Terapia individual e oficinas de grupo	1	5,88%
PICS	3	17,65%
Motivo para não realizar		
Não foi indicado	3	17,65%
Não tenho tempo	1	5,88%

Não tenho acesso	13	76,47%
------------------	----	--------

Fonte: Autora (2025).

Dados referente as Práticas Integrativas Complementares no SUS (PICS) foram analisados em virtude da condição de destaque do município para essa prática. A cidade acaba de aprovar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, por meio da Lei Nº1985, de 17/09/2025 resultado do trabalho de um grupo (Núcleo de Práticas Integrativas e complementares em Saúde/NUPICS), composto por profissionais da rede e instituído por meio da Portaria Nº 052/2017, que como finalidade, discutir, implantar e ampliar o acesso as PICS no município.

O praticas são disponibilizadas de algum modo em todos os CAPS, nas Academias de Saúde da sede e costa em 23 das 42 Unidades Básicas, em 03 serviços de referência e no Multicentro, distribuídas na sede e costa. Sendo assim, foram levantados dados quanto a prática, para avaliar o conhecimento e percepção da população quanto essa ferramenta de cuidado.

O município possui ainda um serviço de referência para as PICS, situado em uma das UBS na sede do município, onde são ofertadas práticas como auriculoterapia, acupuntura, aromaterapia, *Lian Gong* e ainda um grupo de terapia que a partir de diversas estratégias terapêuticas, não medicamentosa, entre elas algumas PICS e escuta acolhedora, trabalha o autoconhecimento, na perspectiva do fortalecimento emocional.

Na amostra analisada, 50% informaram conhecer a prática terapêutica e acreditar nos seus benefícios. Foram também identificados depoimentos de respostas positivas com o uso da ferramenta de cuidado: “a participação no grupo de ajuda, está sendo suficiente, inclusive parei de usa fala o nome comercial de um ansiolítico. (Dário de campo, paciente, 12 set. 2024) “A participação no grupo de Dra [...] (nome da profissional que conduz o grupo) é melhor que terapia”. (Dário de campo, paciente, 09 mai. 2025)

Outros pacientes referiram acesso a PICS em outros serviços como CAPS, mas o acesso pode ainda não ser acessível a toda a população:

No CAPS conheci as PICS, o que melhorou minha dificuldade de dormir, porque com as medicações eu estava tendo muitos efeitos colaterais. O Lian Gong melhorou bastante meus sintomas. O acesso às PICS para mim foi facilitado porque sou funcionária da rede, mas acho que não é assim para todos os pacientes (Dário de campo, paciente, 15 jan. 2025).

No entanto, vale ressaltar que apareceu uma barreira a aceitação a essa prática, o que pode estar relacionado a ausências de uma maior informação as custas do assunto: “Não gosto de PICS, por conta das minhas questões religiosas, acho que ela mistura espiritualidade.” (Dário

de campo, paciente, 09 mai. 2025).

O uso do Plano Terapêutico Singular (PTS) pela equipe foi pontuado como instrumento de cuidado em 45,16%, sendo que destes 92,85% são profissionais que compõem a equipe CAPS e consultório de rua. Dos dezoito profissionais da AB ouvidos, apenas dois referiram realizar PTS como estratégia de cuidado.

A atualização do PTS é uma prática realizada em 85,71% dos casos, ainda que não de maneira regular. Ainda quanto ao PTS, 41,93% relatam terem sido convidados para contribuir com um PTS por outra equipe, 69,23% destes são membros do CAPS (Tabela 8). Todavia a ferramenta ainda encontra algumas barreiras na sua utilização: “Difícil atualizar os PTSs não conseguimos pelo volume de pacientes” (Diário de campo, profissional do CAPS, 20 jan 2025).

Tabela 8: Dados relativos à atenção psicossocial dos profissionais na RAPS do município, com base na informação dos profissionais, 2024

Sua unidade/equipe realiza Oficinas terapêuticas?		
Sim	14	45,16%
Não	17	54,84%
Sua unidade/equipe realiza PTS?		
Sim	14	45,16%
Não	17	54,84%
Realiza atualização do PTS		
Sim	12	85,71%
Não	2	14,29%
Sua unidade/equipe realiza atendimento em grupo com a SM?		
Sim	15	48,39%
Não	16	51,61%

Fonte: Autora (2025)

Na perspectiva do cuidado território, a identificação da população adscrita é uma das etapas da formulação de ações de cuidado. No entanto, quando questionados quanto o conhecimento do perfil epidemiológico da população no que se refere a situação de saúde mental, 45% dos profissionais informaram ter o cadastro da população com necessidade de atenção psicossocial. No entanto, este percentual, quando analisadas as respostas dos profissionais da AB, identificamos um resultado de apenas 6,45% de equipes que possuem o cadastro desses pacientes. Todavia, todos relatam um volume importante de pacientes com essa demanda, principalmente com quadros como: ansiedade, depressão leve a moderada.

No que se refere às ações de promoção à SM, 51% informam realizar algum tipo de ação, tais como: PICS apareceu em 31% dos casos e as ações em grupo em 25%. No entanto,

vale destacar quanto a frequência, 43% dos profissionais informam que as mesmas ocorrem em dias temáticos e de forma pontual.

Quanto à oferta de Oficinas Terapêuticas, 45,16% relatam ofertar oficinas como: artesanato, costura, pintura, arte, música, redução de danos, criatividade, entre outras (Tabela 8). Com encontros semanais, exceto em um caso que está sendo realizada com frequência mensal em virtude de déficit de pessoal. Relatos como: “o foco das nossas ações tem sido no atendimento individual e curativo”, foram encontrados.

As ações de reabilitação estão de certa forma, limitada as ações das oficinas terapêuticas. No entanto, os achados no campo empírico, demonstra uma fragilidade neste campo e nos convida a discutir a reabilitação a partir do pensamento de Benedetto Saraceno (2001).

Ele fica assim, aí isolado no mundo dele, são mais de 40 anos convivendo com a esquizofrenia não sei se ele ficou assim pela doença mesmo ou foi o tipo de tratamento que ele recebeu no início, muita medicação, não sei se até choque, naquela época usava muito. Até que um, dia minha filha que estava no estágio de enfermagem em um hospital psiquiátrico falou: Não vamos interná-lo mais, aquilo não é vida! A partir daí fomos levando do jeito que sabíamos. Quando surgiu o CAPS aqui, resolvemos pelo menos o problema das receitas, porque a médica que cuidava dele nos hospícios veio trabalhar aqui, já conhecia a gente e sempre renova receita, graças a Deus, mais é só isso, ele está aí cego, nunca questionaram por que, nunca fez exame para nada, a gente que de vez em quando faz exame de açúcar no dedo, vê a pressão, dá um remédio para verme, umas vitaminas. Aí ficamos pensando. deveríamos levá-lo para algum lugar para fazer exames? Ele fica tão agitado, angustiado, acho que perturba mais ele. Será que ele pode melhorar mais do que isso? E isso foi passando o tempo, ele fica aí, agora só na cama, dependente para tudo, de vez em quando disposto a conversar, perguntar sobre todo mundo que já morreu, (risos). (Diário de campo, familiar, 15 mai. 2025).

A qualificação do acolhimento, pode refletir em uma percepção equivocada da necessidade real do usuário, que por sua vez se traduz em um cuidado pouco acolhedor e resolutivo que nega o direito da dignidade humana básica do indivíduo, retardando ou contrapondo o processo de reabilitação:

Ela está assim, parou de trabalhar, o trabalho fala que ela não tem condição de trabalhar e ela não tem mesmo, nem as atividades de caso e do cuidado dela ela está conseguindo fazer, o INSS falou que ela pode trabalhar, estamos desse jeito, não sei o que fazer. Procurei o CAPS um tempo atras eles mandaram eu agendar uma consulta com psiquiatra na policlínica, levei a requisição para o posto até hoje nada de agendar, não sei o que fazer, ela só piora. (Diário de campo, familiar, 06 mar. 2025).

Saraceno (2001), propõe uma redefinição radical do conceito de reabilitação psicossocial, afastando-o da noção técnica e restritiva de restauração de habilidades funcionais. Para o autor, a reabilitação é, antes de tudo, uma exigência ética e política, que implica a transformação do próprio modelo de atenção em saúde mental. Ela não se limita a procedimentos terapêuticos, mas envolve a criação de condições para o exercício pleno da

cidadania, o que demanda mudanças estruturais nas políticas e na organização dos serviços.

O autor supracitado critica a redução da reabilitação a atividades específicas — como oficinas, teatro ou artesanato —, argumentando que essas práticas só têm sentido se forem transitórias e mediadoras de um processo maior de reconstrução da “contratualidade social”, isto é, da capacidade do sujeito de participar dos três principais cenários da vida social: habitat, trabalho e rede social. Segundo Saraceno (2001), o objetivo da reabilitação não é formar “esquizofrênicos artistas”, mas esquizofrênicos cidadãos, capazes de estabelecer trocas afetivas, materiais e simbólicas em sociedade.

Ele enfatiza que os resultados da reabilitação não dependem das técnicas utilizadas, mas das variáveis estruturais e políticas que definem o funcionamento dos serviços: a abertura ao território, a qualidade dos vínculos afetivos entre profissionais e usuários, a continuidade do cuidado e a hospitalidade institucional. A reabilitação, portanto, só se efetiva quando inserida em um marco organizacional e ético que sustente a autonomia e o pertencimento social do sujeito.

Por fim, Saraceno (2001), adverte contra a reabilitação como “entretenimento”, isto é, práticas que mantêm o indivíduo “dentro” — preso à lógica institucional e à cultura psiquiátrica tradicional — em vez de promover sua emancipação. A verdadeira reabilitação, para o autor, é um ato de resistência e esperança, uma utopia ética que convoca os profissionais a manterem viva a crença na possibilidade de transformação social e subjetiva por meio do cuidado.

Pitta (1996), analisa a trajetória e os múltiplos significados da reabilitação psicossocial, destacando seu caráter histórico, conceitual e político. Embora recente — com cerca de quatro décadas de formulação —, a autora observa que o termo tem sido utilizado de maneiras diversas e, muitas vezes, imprecisas. No plano instrumental, a reabilitação é entendida como um conjunto de estratégias destinadas a favorecer a autonomia de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Contudo, Pitta (1996), ressalta que essa concepção técnica é insuficiente: a reabilitação psicossocial deve ser compreendida como uma atitude ética e uma estratégia política de cuidado, orientada pela complexidade da vida social e pela singularidade de cada sujeito.

A autora critica o uso reducionista do termo, que frequentemente se confunde com a ideia de “conserto” ou “retorno à normalidade”, herdada de práticas médicas e jurídicas tradicionais. Para ela, a reabilitação psicossocial não se limita à recuperação de funções perdidas, mas implica a reconstrução da cidadania, a ampliação das possibilidades de contratualidade social e a transformação das instituições psiquiátricas em espaços de acolhimento e produção de vida.

Pitta propõe compreender a reabilitação como um novo tratado ético-estético, que articula cuidado, justiça social e sensibilidade para com as diferenças humanas. Essa perspectiva questiona modelos de inclusão baseados exclusivamente no trabalho produtivo e denuncia a persistência de mecanismos de exclusão e desigualdade nas políticas públicas. A autora enfatiza que, no contexto brasileiro, pensar a reabilitação psicossocial é também enfrentar a precariedade estrutural, a pobreza e a seletividade do sistema de atenção — que continua a rejeitar aqueles considerados “inaptos” para o trabalho.

Desta forma, Pitta (1996), afirma que falar em reabilitação psicossocial no Brasil é falar de amor, indignação e responsabilidade ética: amor pela potência criativa dos sujeitos, ira diante da exclusão persistente e compromisso político com a transformação das práticas de cuidado. Assim, a reabilitação se torna uma prática de resistência e esperança, vinculada à utopia de uma sociedade mais justa, solidária e democrática.

Logo, foram analisados os documentos normatizadores do cuidado a partir construção da Linha de Cuidado de Saúde Mental, já disponíveis, a coordenação da saúde mental do município elabora e publica, documentos normatizadores dos processos de trabalho da saúde mental. Dentre estes, destacam-se o Fluxo das urgências psiquiátricas no Município de Camaçari e o Fluxo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas na Atenção Primária à Saúde (APS), sancionados por meio das Portarias N^o 42 e 4, respectivamente, de 10 de setembro de 2024.

O primeiro documento, orienta familiares, amigos, vizinhos, colegas e empregadores como proceder diante de uma paciente em crise, estando ele em domicílio, na rua ou em um posto de trabalho. Detalha também, a atuação do SAMU nesses episódios e por fim descreve a conduta da equipe de hospitalização noturna do CAPS III, diante da agudização do quadro. Enquanto, o segundo documento apontado, normariza o cuidado compartilhado do paciente com transtorno mental entre a APS e os demais pontos da RAPS, estabelece a classificação de risco em saúde mental, que deverá ser realizada mediante ao acolhimento com escuta qualificada, para subsidiar o planejamento do cuidado.

Ainda com base no documento, os profissionais da atenção básica devem receber capacitação contínua em saúde mental, capacitando a equipe para o manejo da subjetividade e singularidade do indivíduo.

Ainda na lógica da construção da linha de cuidado da Saúde Mental, foi publicado em 2024, as Diretrizes de Matriciamento em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. O documento especifica a competência e atribuições de diversos pontos da RAPS, no que se refere ao matriciamento. Bem como, normatiza a utilização de recursos e instrumentos para o cuidado de

usuários da saúde mental, álcool e outras drogas. Assim, estabelece instrumentos de monitoramento e avaliação das ações de matriciamento.

No entanto, os resultados encontrados no estudo demonstram uma deficiência do ponto de vista da comunicação e da educação permanente para que esses documentos sejam utilizados na prática. “Não existe um protocolo quanto ao registro, período de atualização, de monitoramento [...] reflete a centralização do cuidado”. (Diário de campo, profissional do CAPS, 17 jun. 2024), “As informações não chegam para gente, muda os fluxos e não somos informados, não sei como funciona os encaminhamentos, como é o fluxo da rede” (Diário de campo, ACS, 20 ago. 2024).

Mesmo compreendendo a necessidade de liberdade e singularidade na relação de cuidado entre o profissional e o paciente, a existência de protocolos de cuidado pode ser um instrumento de educação permanente e de monitoramento do cuidado. A ausência deles, pode implicar em uma negligência do cuidado, uma vez que cada profissional, a partir de sua experiência profissional, seu compromisso ético e técnico, definirá como se dará esse processo: “O acompanhamento de paciente é realizado de maneira não padronizada, cada técnico de referência define quando monitorar o acompanhamento de seus pacientes. Não existe protocolo de cuidado no CAPS” (Diário de campo, profissional do CAPS, 17 jun. 2024).

Esses achados, somados ao fato de que quase 80% da população que respondeu aos questionários sinalizarem não conhecer os fluxos para acesso a rede, indicam que a instrumentalização dos agentes para a mudança do paradigma pode não ser efetivas. Uma vez que a estruturação dos serviços na perspectiva de mudanças nos modelos de atenção necessita de profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias.

Uma vez que, apenas medidas administrativas não são capazes de provocar mudanças no modelo de assistência. E sim, por meio da desconstrução nos micros espaços e consequentemente no modelo manicomial fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum. Quanto ao conhecimento dos usuários sobre a Política Nacional de Saúde Mental, apenas 6,6% informaram ter conhecimento razoável ou satisfatório, os demais não possuíam nenhuma informação sobre o tema.

Considerando que a participação popular, foi uma ferramenta importante para a garantia dos direitos ao acesso a saúde, por meio da criação do SUS e particularmente para política de saúde mental. Essa categoria foi analisada neste estudo. Para tanto deve-se lembrar que com a Constituição Federal de 1988 e a promulgação das Leis nº 8.080 e 8.142, a participação social adquiriu respaldo jurídico, transformando os conselhos de saúde em instâncias deliberativas e paritárias.

Esse processo marcou a transição de um modelo reivindicatório para um modelo de cogestão das políticas públicas, no qual sociedade civil e Estado compartilham responsabilidades decisórias. Para além dos conselhos municipais de saúde o controle social pode ser exercido por meio de conferência de saúde, movimento sociais, ouvidorias entre outros. Desta forma, foram analisados aspectos na rede do município, que de certa forma garantisse essa participação.

Para tanto, foram analisados os movimentos sociais ocorrido no período do estudo, envolvendo cinco conferências de saúde: V, VI, VII, VIII e IX e, uma conferência de Saúde Mental que de certa forma, revelou um arco de maturação democrática: de uma participação ampla e territorial, observada na V Conferência realizada em 2015, enquanto que na VI Conferência (2017), se observa uma densidade técnica na sua condução com riscos de comprometer a compressão da população e comprometer sua participação.

A capilaridade com método avaliativo foi observada na VII Conferência (2019) com o uso de uma governança híbrida e rastreável, justificada pelo contexto de uma pandemia, na VII Conferência ocorrida em 2021.

Enquanto que, a 2ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Camaçari, realizada em 25–26/01/2022, estruturou-se em formato híbrido, conciliando participação presencial e transmissão on-line em razão do recrudescimento da COVID-19. O processo preparatório envolveu assembleias nos serviços especializados (CAPS II Orla, CAPS III, CAPS AD e CAPS I) para eleição de delegados e levantamento de propostas, assegurando representação tripartite (usuários/familiares, trabalhadores e gestão), além de conselheiros natos. A programação combinou mesa de abertura, palestra magna e apreciação do regimento, seguida, no segundo dia, da apresentação da rede municipal e da construção deliberativa das propostas.

O produto político-programático resultou em 42 propostas aprovadas — organizadas nos quatro eixos temáticos nacionais (cuidado em liberdade; gestão/financiamento/formação/participação; princípios do SUS; impactos da pandemia) — e sete moções (repúdio, apoio e solidariedade) aprovadas por aclamação. Elegeram-se 10 delegados para a 5ª Conferência Estadual, com suplências definidas, e expediu-se certificação aos participantes assíduos. Analiticamente, o evento reafirma a diretriz do cuidado em liberdade e o controle social como dispositivos de governança do SUS, ao articular base comunitária (CAPS) e deliberação pública.

Observa-se, contudo, queda de presença no segundo dia e dependência do arranjo híbrido, sinalizando desafios de engajamento e equidade participativa. Ainda assim, o processo consolida agenda de aprimoramento da RAPS local, com ênfase na institucionalização das

propostas e no acompanhamento pelo conselho municipal para transformação efetiva em planejamento, orçamento e linhas de cuidado. Vale ressaltar, que apesar de denominada de segunda conferência, os informantes chaves da gestão do campo da saúde mental e do planejamento não souberam afirmar a existência de uma primeira conferência de SM.

A partir da análise mais minuciosa de cada relatório, disponível no Apêndice A do trabalho, podemos afirmar para a necessidade de se fechar o ciclo: priorizar, financiar e monitorar — com transparência e proteção contra as assimetrias participativas. O desafio futuro reside em garantir que a potência participativa se traduza em governança efetiva, com implementação real das deliberações nos instrumentos de gestão municipal.

A vinculação direta entre as deliberações e os Planos Municipais de Saúde garantem maior rastreabilidade e potencial de implementação, superando o distanciamento historicamente observado entre as resoluções conferenciais e a execução administrativa. A participação da sociedade civil é fundamental para garantir que as políticas atendam às necessidades da população e assegurem o direito à saúde.

A participação popular no território também foi levantada no questionário aplicado. Na população de pacientes e familiares, apenas dois usuários (6,6%) declarou já ter participado de alguma conferência de saúde e deste apenas um apresentou proposta. Ainda com base no declarado por este grupo, apenas 13,3% informaram participar de algum grupo para discutir as questões de saúde mental. Quanto aos questionados sobre seu conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental, apenas 6,6% informaram conhecer e ter um conhecimento razoável sobre ela, os demais não possuem nenhuma informação a respeito.

No que se refere a população de trabalhadores 42% informaram ter participado de conferências de saúde, sendo que deste 46% contribuíram com alguma proposta. Entre os trabalhadores que afirmaram participar das conferências, 69% eram do CAPS, o que pode indicar uma maior predisposição desses profissionais para as mobilizações sociais, o que pode estar relacionado ao histórico de mobilização no campo da reforma psiquiátrica.

Quando questionado sobre a existência de espaços de participação popular nos serviços nos quais eles trabalham, 64% informaram existir, sendo destes, 20% por meio das chamadas reuniões com a comunidade, 40% nas assembleias de usuários, 22% através dos conselhos locais de saúde e 3,2% referiram que essa prática é exercitada em um grupo denominado “cidadania”.

A experiência de implementação e consolidação das redes de atenção que compõem a RAPS revela um conjunto expressivo de desafios operacionais e institucionais. Entre eles, destacam-se a necessidade de articulação efetiva com os serviços de urgência e emergência —

como SAMU, UPA e prontos-socorros — o fortalecimento da capacidade de acolhimento imediato nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a qualificação dos mecanismos de regulação de acesso aos leitos.

Essa regulação deve considerar simultaneamente critérios clínicos e de gestão, de modo a assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado às pessoas com demandas relacionadas à saúde mental, ao uso de álcool e a outras drogas. Superando uma lacuna observada na prática e fragiliza todo o movimento de luta contra a institucionalização.

Deixei meu filho internado no CAPS, fui em casa para tomar um banho, depois de 4 dias lá, quando voltei encontrei ele no portão, pronto para fugir. Precisamos de mais assistência, principalmente no momento de crise. Nesse momento é que fico mais desamparada (Diário de campo, familiar, 15 mai. 2025).

Esta situação materializa o descrito por Merhy (2011), sobre o protagonismo dos pacientes/familiares no seu processo de cuidado, tornando o no que ele denomina como nômade pelas redes de cuidado. Contudo, neste caso específico do relato acima, esse comportamento se dá pela ausência efetiva da RAPS.

Segundo Cerqueira Gomes (2009), mesmo os serviços substitutivos, concebidos para superar o modelo manicomial, ainda reproduzem barreiras de acesso que contradizem sua proposta de acolhimento integral. O autor citado observa que, em muitos desses serviços, o usuário não encontra portas efetivamente abertas, sendo frequentemente encaminhado para outros dispositivos da rede que não possuem competência técnica ou estrutura adequada para atender às suas necessidades.

Para Gomes (2009), essa limitação é particularmente evidente nos chamados “casos difíceis”, em que o sofrimento psíquico intenso se manifesta por meio de distúrbios de comportamento. Nessas situações, ocorre um processo de transinstitucionalização, no qual o sujeito é deslocado continuamente entre instituições sem estabelecer vínculos terapêuticos duradouros — uma condição que o autor caracteriza como um “nomadismo institucional”, revelador da fragilidade do cuidado em rede.

Estou pagando para internar ela em clínica particular. A equipe não me ajuda quando ela está em crise. A equipe do CAPS não dá solução para a crise. O SAMU nem sempre vem. A população não entende, quer pegar ela para bater. Para eu ter um pouco de sossego eu tive que internar, não aguento mais ficar só com ela (Diário de campo, familiar, 15 mai. 2025).

Maron (2007; 2008), argumenta que os serviços de atenção psicossocial, criados para oferecer cuidado intensivo e contínuo, deveriam ser os principais responsáveis pelo manejo das situações de crise. Contudo, o autor observa que, na prática, grande parte das redes substitutivas

não cumpre esse papel. Muitos serviços se abstêm de acolher crises, encaminhando os usuários para setores especializados — como emergências psiquiátricas e hospitais gerais —, o que fragmenta o cuidado e enfraquece os vínculos terapêuticos e territoriais.

Em sua análise, Maron (2008; 2007) destaca que, apesar das propostas de reestruturação da Política de Saúde Mental, os dispositivos de urgência permanecem pouco permeáveis à mudança. O modelo hegemônico ainda se apoia em práticas de contenção mecânica e medicamentosa, frequentemente acompanhadas de isolamento, reproduzindo uma lógica excludente que retira do sujeito o poder de decisão e o reconhecimento de sua própria experiência. Para o autor, essa permanência revela o quanto o campo da urgência psiquiátrica resiste à transformação ética e política proposta pela reforma psiquiátrica brasileira.

Compreender de que modo os serviços de atenção psicossocial enfrentam e sustentam a acessibilidade e a produção do cuidado nas situações de crise em saúde mental, no âmbito de sua prática cotidiana, configura-se como uma questão central para o fortalecimento de uma política pública orientada por redes territoriais de saúde que sejam efetivamente cuidadoras e promotoras de vida.

Refletir criticamente sobre o trabalho das equipes, suas estratégias de acolhimento e os modos de cuidado adotados é um imperativo ético e técnico indispensável à consolidação de um modelo de atenção substitutivo, comprometido com os princípios da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental brasileira.

Campos (1997), propõe uma ampliação do conceito de território no campo da saúde, criticando sua compreensão restrita ao aspecto geográfico. Para o autor, o território deve ser entendido também como um espaço existencial e simbólico, constituído pelas experiências subjetivas, vínculos afetivos e práticas culturais dos sujeitos. Assim, o usuário não se limita ao território físico de seu bairro ou local de trabalho, mas busca espaços que lhe proporcionem sentido e pertencimento, ainda que situados fora de sua área de residência.

Complementando essa perspectiva, Merhy (2002), concebe o agir em saúde como uma prática que se realiza na micropolítica dos encontros — isto é, nos espaços cotidianos de relação entre trabalhadores e usuários, sustentado pelo “trabalho vivo em ato”. Nessa visão, o cuidado em saúde é produzido nas interações concretas e singulares, nas quais se articulam dimensões técnicas, éticas e afetivas do fazer em saúde.

Por fim, foi analisado a percepção dos profissionais, familiares e usuários às custas dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental, a partir dos dados coletados por meio de uma adaptação do questionário *QualityRights*. A Tabela 9 descreve os dados coletados com os profissionais. Onde um pouco mais da metade dos profissionais (55%) não possuíam a

compreensão da relação de dependência de recursos adicionais para a oferta de serviço de qualidade. E a maioria (83%) compreende a importância do ambiente do serviço para o bem-estar dos pacientes.

Quanto as questões referentes aos direitos propriamente dito dos pacientes no que se refere ao tratamento livre, a compreensão quanto a competência em desenvolver as atividades do seu cotidiano e de opinar sobre o seu tratamento de uma maneira geral foi consenso entre os profissionais. No entanto, as opiniões diante de um paciente em crise modificaram, nestas circunstâncias os profissionais fizeram ressalva quanto a considerar a opinião do paciente sempre pontuando, que dependeria da complexidade da crise.

Outros dados observados, foram referentes a participação dos pacientes na escolha de seu tratamento. Quando questionados se as pessoas que usam os serviços de saúde mental devem ser capacitadas para tomar suas próprias decisões sobre o tratamento, todos os profissionais que responderam não concordar ou foram neutros, eram da AB, da mesma forma quando questionados sobre: as opiniões dos profissionais de saúde sobre o atendimento e tratamento devem ter mais peso do que os de uma pessoa com deficiência intelectual, todos que responderam positivamente foram da atenção primária a saúde. Esse achado coaduna com os estudos e os resultados encontrados nesta pesquisa que apontam para um preconceito e uma dificuldade da APS em manejar esses pacientes.

Tabela 9: Percepção dos profissionais quanto aos direitos dos usuários com base no questionário adaptado do *QualityRights*.

	Fortemente Concordo	Não	Não Concordo	Neutro	Concordo	Fortemente Concordo
Nada pode ser melhorado nos serviços de saúde mental sem recursos adicionais.	12		7	1	10	1
O ambiente de serviço tem pouco a ver com saúde mental e bem-estar das pessoas.	22		4	1	3	1
As pessoas com demência devem sempre viver em casas coletivas onde a equipe possa cuidar deles	25		3	0	2	1

Pessoas com deficiências psicossociais/condições de saúde mental não devem ser contratadas para trabalhos que exijam contato direto com o público.	17	7	6	1	0
Tomar medicamentos é o fator mais importante para ajudar as pessoas com problemas de saúde mental a obter melhora.	22	6	2	1	0
Você só pode inspirar esperança quando a pessoa não estiver mais apresentando sintomas.	20	10	0	1	0
As pessoas que usam os serviços de saúde mental devem ser capacitadas para tomar suas próprias decisões sobre o tratamento.	2	2	5	7	13
Seguir o conselho de outras pessoas que tiveram problemas de saúde mental é muito arriscado.	4	10	4	8	5
As opiniões dos profissionais de saúde sobre o atendimento e tratamento devem ter mais peso do que os de uma pessoa com deficiência intelectual.	11	8	2	8	2
É aceitável pressionar as pessoas que usam os serviços de saúde mental a fazer um tratamento que elas não querem.	8	17	3	2	1
As pessoas com problemas de saúde mental devem não receber responsabilidades importantes.	8	14	3	5	1

Quando as pessoas passam por uma crise. Os profissionais ou as famílias devem tomar decisões com base em suas ideias sobre o que é melhor para eles.	1	12	7	8	3
As pessoas com deficiência intelectual têm o direito de tomar suas próprias decisões, mesmo que eu não tenha de concordar com elas.	1	4	5	6	15
Controle de pessoas que usam serviços de saúde mental é necessário para manter a ordem.	8	15	4	1	3
O uso de isolamento e contenção é necessário se as pessoas que usam serviços de saúde mental, tornam-se ameaçadoras.	6	14	5	2	4
As pessoas que correm o risco de prejudicar a si mesmas ou a outros devem ser isoladas em um quarto trancado.	22	5	2	0	2
A internação involuntária causa mais danos do que benefícios.	2	2	8	12	7

Fonte: Autora (2025).

A Tabela 10 apresenta o resultado da adaptação do questionário *QualityRights* quanto a percepção dos usuários quanto aos seus direitos. Os resultados encontrados entre os pacientes e familiares são semelhantes, no que se refere a compreensão da importância do ambiente do serviço para o bem-estar dos pacientes.

E as questões referentes aos seus direitos e de seus familiares a um tratamento livre, a sua escolha. Assim com compreendem que podem assumir responsabilidades e desenvolver as suas atividades do cotidiano. Da mesma forma, sobretudo entre os familiares, as opiniões diante de um paciente em crise, deve se considerar com ressalva a opinião do paciente. No entanto, no que se a compreensão da relação de dependência de recursos adicionais para a oferta de serviço de qualidade, os usuários condicionam um serviço de qualidade a existência de recursos.

Tabela 10: Percepção dos usuários da RAPS de Camaçari quanto aos direitos dos pacientes da saúde mental, 2024.

	Fortemente Não concordo	Não concordo	Neutro	Concordo	Fortemente Concordo
Nada pode ser melhorado nos serviços de saúde mental sem recursos adicionais.	4	7	6	4	13
O ambiente de serviço tem pouco a ver com saúde mental e bem-estar das pessoas.	26	1	1	0	2
As pessoas com demência devem sempre viver em casas coletivas onde a equipe possa cuidar deles.	23	6	1	0	0
Pessoas com deficiências psicossociais/condições de saúde mental não devem ser contratadas para trabalhos que exijam contato direto com o público.	4	16	9	0	1
Tomar medicamentos é o fator mais importante para ajudar as pessoas com problemas de saúde mental a obter melhor.	6	13	3	6	2
Você só pode inspirar esperança quando a pessoa não estiver mais apresentando sintomas.	7	18	4	0	1
As pessoas que usam os serviços de saúde mental devem ser capacitadas para tomar suas próprias decisões sobre o tratamento.	0	2	4	20	2

Seguir o conselho de outras pessoas que tiveram problemas de saúde mental é muito arriscado.	3	7	12	7	1
As opiniões dos profissionais de saúde sobre o atendimento e tratamento devem ter mais peso do que os de uma pessoa com deficiência intelectual.	2	18	6	2	2
É aceitável pressionar as pessoas que usam os serviços de saúde mental a fazer um tratamento que elas não querem.	6	16	7	1	0
As pessoas com problemas de saúde mental devem não receber responsabilidades importantes.	17	5	5	3	0
Quando as pessoas passam por uma crise. Os profissionais ou as famílias devem tomar decisões com base em suas ideias sobre o que é melhor para eles.	0	3	6	17	4
As pessoas com deficiência intelectual têm o direito de tomar suas próprias decisões, mesmo que eu não tenha de concordar com elas.	3	1	7	17	2
Controle de pessoas que usam serviços de saúde mental é necessário para manter a ordem.	5	15	2	2	5
O uso de isolamento e contenção é necessário se as pessoas que usam serviços de saúde mental tornam-se ameaçadoras.	4	8	12	2	4

As pessoas que correm o risco de prejudicar a si mesmas ou a outros devem ser isoladas em um quarto trancado.	10	13	6	1	0
---	----	----	---	---	---

A internação involuntária causa mais danos do que benefícios.	1	2	10	10	7
---	---	---	----	----	---

Fonte: Autora (2025).

6 CONCLUSÃO

A análise da trajetória de implantação e consolidação da Política de Saúde Mental no município de Camaçari-BA, no período de 2006 a 2024, evidencia que o processo se constituiu em meio a tensões, disputas e avanços graduais, resultantes da interação entre diferentes agentes e campos institucionais. Ao retomar os objetivos propostos, o estudo permitiu compreender que a política local, embora marcada por conquistas significativas no âmbito estrutural e organizacional, ainda enfrenta limites expressivos para a efetivação plena dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial em liberdade.

O percurso sócio-histórico revelou que a formação da rede municipal de saúde mental foi impulsionada por um contexto político de valorização do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela mobilização de agentes comprometidos com a defesa de práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico. A criação de novos serviços, a ampliação das equipes multiprofissionais e a expansão da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) configuram marcos importantes desse processo. Entretanto, tais avanços coexistem com fragilidades estruturais e operacionais, sobretudo no que se refere à capacidade de resposta da rede diante do aumento contínuo da demanda por cuidados em saúde mental.

As entrevistas realizadas com agentes-chave da política municipal revelaram trajetórias profissionais fortemente vinculadas ao serviço público, demonstrando disposições favoráveis à defesa da gestão estatal e à manutenção de políticas universais. Mesmo com baixo capital científico, esses agentes expressam uma compreensão crítica sobre a importância do SUS e sobre o papel do concurso público como instrumento de continuidade e estabilidade das ações de saúde. Contudo, evidenciou-se a necessidade de aperfeiçoar os processos de seleção e formação dos profissionais, especialmente no que tange à definição de perfis compatíveis com as exigências da atenção psicossocial e à oferta de educação permanente como condição estratégica para a qualificação das práticas de cuidado.

Outro achado relevante diz respeito à persistência de práticas centradas na medicalização e na fragmentação dos cuidados, reflexo de uma cultura institucional ainda fortemente marcada por lógicas biomédicas e hierarquizadas. A insuficiência de mecanismos de articulação intersetorial, aliada à rotatividade de gestores e à instabilidade das políticas de financiamento, compromete a continuidade das ações e fragiliza a efetividade da rede. Tais elementos indicam que, embora Camaçari disponha de uma base institucional consolidada, o

desafio contemporâneo reside na qualificação das práticas, na valorização do trabalho interdisciplinar e na construção de vínculos territoriais e comunitários consistentes.

Os campos sociais configuram-se como arenas de disputa simbólica e material, nas quais os agentes em posições dominantes mobilizam estratégias voltadas à preservação das formas de capital e à manutenção de suas posições no espaço social. A distribuição desigual dos capitais — econômico, político, cultural e simbólico — engendra tensões permanentes entre agentes orientados à conservação e aqueles empenhados em promover transformações. Nesse jogo de forças, a política pública torna-se um espaço privilegiado de observação das estratégias de dominação e resistência, evidenciando como interesses individuais e coletivos se entrecruzam no interior das instituições.

No caso analisado, o baixo capital político das principais agentes mobilizadoras da política de saúde mental no município pode ter contribuído para a persistência de entraves e descontinuidades nas ações implementadas. Embora tenham ocorrido avanços estruturais importantes — como a ampliação de serviços, a criação de novos equipamentos e o aumento do número de profissionais — tais conquistas ainda não se consolidaram em uma rede plenamente articulada e resolutiva. As entrevistas revelam uma gestão municipal marcada por fragilidades na continuidade das políticas, desarticulação entre os setores e ausência de estratégias consistentes de formação continuada, o que compromete a efetividade e a sustentabilidade das ações em saúde mental.

Ao responder à pergunta norteadora — quais são os principais desafios enfrentados pelo município de Camaçari-BA para a implantação efetiva da Política de Saúde Mental e para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, diante da permanência de práticas tradicionais e da emergência de novas demandas em saúde mental? — o estudo identificou cinco eixos críticos: (1) a persistência de práticas biomédicas e medicalizantes que limitam a efetivação de um cuidado psicossocial integral; (2) a fragmentação institucional e a insuficiência de articulação entre os diferentes níveis da rede; (3) a carência de formação continuada e de mecanismos de valorização dos trabalhadores da saúde mental; (4) a instabilidade das políticas de gestão e financiamento, que comprometem a continuidade das ações; e (5) a ausência de dispositivos comunitários capazes de sustentar o cuidado em liberdade e fortalecer os vínculos territoriais.

Assim, compreender a formulação e a execução das políticas públicas de saúde mental requer situá-las no jogo social mais amplo, em que se entrelaçam campos burocráticos, políticos e profissionais. No campo médico e sanitário, as mudanças nas concepções de cuidado, na

organização dos serviços e nas formas de gestão do trabalho repercutem diretamente sobre a dinâmica da RAPS, exigindo constante reconstrução de práticas e saberes.

Por fim, este estudo reafirma que a efetivação da Reforma Psiquiátrica e o fortalecimento da atenção psicossocial dependem de escolhas políticas e institucionais que reconheçam o sofrimento psíquico como fenômeno social e multidimensional. O caso de Camaçari ilustra que, mesmo diante de limitações, é possível avançar na construção de políticas locais comprometidas com a cidadania, os direitos humanos e o cuidado em liberdade. Reforça-se, assim, a necessidade de um Estado capaz de coordenar ações intersetoriais, sustentar financiamento adequado e promover a inclusão social de pessoas em sofrimento mental, garantindo que a saúde mental permaneça como um dos pilares da justiça social e da democracia.

Como perspectiva para pesquisas futuras, recomenda-se aprofundar a análise sobre: (1) o impacto das mudanças político-administrativas na sustentabilidade das redes de saúde mental; (2) os efeitos das políticas de financiamento sobre a estruturação e expansão da RAPS nos municípios de médio porte; e (3) a influência das formações profissionais e das práticas institucionais na consolidação de um modelo de cuidado antimanicomial e comunitário. Além disso, investigações comparativas entre municípios com diferentes graus de maturidade institucional poderão contribuir para compreender os determinantes sociais, políticos e culturais que condicionam o êxito ou a estagnação das políticas locais de saúde mental.

Conclui-se, que a consolidação de uma política de saúde mental efetiva e humanizada depende do fortalecimento dos mecanismos de governança local, da valorização das equipes multiprofissionais e da ampliação do diálogo entre gestão, trabalhadores e usuários. O estudo, ao lançar luz sobre as dinâmicas e tensões que perpassam o campo da saúde mental, pretende contribuir para a formulação de estratégias mais integradas e sustentáveis, capazes de promover um cuidado em rede pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção em liberdade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, José Miguel Caldas. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35(11):e00129519. Disponível: <https://www.periodicos-capes-gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br/index.php/buscaador-primo.html>. Acesso em: 13 nov. 2024.
- ANDERSEN RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q** 1973;51(1):95-124.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BARROS, S.G. **Contribuições do referencial bourdieusiano e da abordagem sócio-histórica para a análise de políticas de saúde**. In: Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil [online]. Salvador: EDUFBA, 2018. p.28-39. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220303.0003>.DOI:10.5020/18061230.2018.7575. Acesso em: 13 nov. 2024.
- BARROS, S.; EGRY, E. Y. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 79–94, jan. 1994.
- BRAGA, Cláudia Pellegrini. **A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica**. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.4, p.198-213, 2019.Disponível: <https://www.periodicos-capes-gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br/index.php/buscaador-primo.html>. Acessado em: 13.11.23.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministério. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministério. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministério. Lei nº 10.206, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde - CNS**. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde - CNS**. Resolução Nº 510, de 22 de março de 2018. Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html Acesso em: 13 nov 2024.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde - CNS**. Resolução Nº 580, de 07 de abril de 2016. Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0580_16_07_2018.html Acessado em:

1 mar. 2025.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Vigilância em saúde e ambiente, Saúde do Trabalhador. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast/vesat>. Acessado em: 1 mar. 2025.

BIERNACKI P, WALDORF D. Snowball Sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, vol.10, n.2, p.141-163, november 1981.

BOURDIEU, P. **Sociologia**. organizador [da coletânea] Renato Ortiz; Tradução de Paula Montero e Alicia Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, P. As formas de capital. In: **Pierre Bourdieu: Sociologia**. organizador [da coletânea] Ortiz, R.; [tradução de Paula Montero e Alicia Auzmendi], São Paulo: Ática, 1986.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Tradução Mariza Corrêa. Campinas-SP: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. Tradução- Denice Bárbara Catani. - São Paulo: Editora: UNESP. 2004.

BOURDIEU, Pierre. **Conceitos Fundamentais**. Editado por Michael Grenfell. Tradução de Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. cap.
Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde/CNES- Disponível em:
<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acessado em: 1 mar. 2025.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor e de autonomia. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAVALCANTI, Maria Tavares. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 35(11):e00184619. Disponível: <https://www-periodicos-capes-gov.br.ezlp.periodicos.capes.gov.br/index.php/buscarador-primo.html>. Acessado em: 1 mar. 2025.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Traduzido por Magda Lopes. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias. (Org.) Pesquisadores InMundo – U Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Histórias de R. . Porto Alegre, Editora Rede Unida, 2014, pg 55-87.

GUIMARÃES, D. A. et al. Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de

trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e 33052, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ZHxfczLQ7qqJfbht9KtTSBr/?lang=pt#ModalHowcite>. Acessado em: 24 nov. 2023.

HADAD, A. C. A. DE C.; JORGE, A. DE O.. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe4, p. 198–210, dez. 2018

HORTALE VA, PEDROZA M, ROSA MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saude Publica* 2000;16(1):231-239.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**- Censo Brasileiro de 2020. Rio de Janeiro, 2020.

MATON, K. Habitus. In: DEER, C. et al. Pierre Bourdieu: **Conceitos Fundamentais**. Editado por Michael Grenfell. Tradução de Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. cap.3.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. 2º ed. Brasília- 2011.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0260.pdf>. Acesso em: 8 fev, 2025.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima Lima; CRUZ, Kathleen Tereza da; FRANCO, Túlio Batista. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2009.

NAPKIN. Gerar figura. Disponível em <https://app.napkin.ai/page/CgoiCHByb2Qtb251EiwKBFBhZ2UaJGQzZGJhNzFiLWMzM2EtNGYyOC05MmM0LWMwZjYyZGE5ODc1Mg>. Acesso em: 8 fev, 2025.

OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=prioritarias>. Acesso em: 8 fev, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. Relatório Mundial de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/oms-divulga-informes-mundial-de-saude-mental->

trnsformar-a-saude-mental-para-todos/. Acessado em: 08.08.2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/OPAS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais#:~:text=Entre%20os%20transtornos%20mentais%2C%20est%3%A3o,de%20desenvolvimento%2C%20incluindo%20o%20autismo>. Acessado em 03.08.2022.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES Simone de Jesus. **Rede, instituições e articulação:** contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersetorialidade na saúde mental Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.53, p.<185-207>, jan./jun. 2019.

PINELL, P. Algumas reflexões sobre as Políticas de Luta contra os Flagelos Sociais. In: PINELL, P. **Análise Sociológica das Políticas de Saúde**. Tradução de Irene Ernest Dias e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. cap.7.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Reabilitação psicossocial: uma estratégia de cuidado. In: SARACENO, Benedetto (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá/ENSP, 2001. p. 13-18.

ROSSI, T.R.A. **Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2018. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/mpgzk/pdf/rossi-9788523220228.pdf>.

SAWYER DO, LEITE IC, ALEXANDRINO R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**, 2002;7(4):757-776.

SIMON, Aline Gabriela; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(11):2227-2241, nov, 2011 Disponível: <https://www-periodicos-capes-gov.br.ezl.periodicos.capes.gov.br/index.php/buscaador-primo.html>. Acessado em: 13.11.23.

SILVEIRA, F. DE A.; SIMANKE, R. T. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 23–42, jan. 2009. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/fractal/a/KFZqY5CNRkXtXj33cfYCMLh/#>. Acessado em: 25.01.2024.

SHUCK, B., HART, J., WALKER, K., & KEITH, R. (2021). Work determinants of health: New directions for research and practice in human resource development. *Human Resource Development Quarterly*, 1–18. <https://doi.org/10.1002/hrdq.2146>. Secretaria de Saúde (SESAU). **Relatório Anual de Gestão**. Camaçari. Bahia, Brasil. 2006-2023.

SPINK MJP. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos Cuidados à Saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde Sociedade** 2007;16(1):18-27.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD B. *Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª Edição. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2004.

THOMSON, P. Campo. In: DEER, C. et al. **Pierre Bourdieu: Conceitos Fundamentais**. Editado por Michael Grenfell. Tradução de Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. cap. 4.

THIEDE M, MCINTYRE D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saude Publica** 2008;24(5):1168-1173.

UNGLERT CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saude Publica** 1990;24(6):445-452.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M., CHAVES, S.C.L., ESPERIDIÃO, M.A., BARROS, S.G., and SOUZA, J.C. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: TEIXEIRA, C.F., comp. **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 15-40. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0002>. Acesso em: 8 fev, 2025.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **O campo da saúde coletiva: transformações e articulações com a reforma sanitária**. Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ, 2018. cap.2.

WHO. **Evaluation of Quality Rights training on mental health, human rights, and recovery**: PRE-training questionnaire. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/qualityrights/pre_questionnairef2f.pdf?sfvrsn=647dd5e9_3. Acessado em: 10/02/24.

WHO. **Mental health, disability, and human rights**. WHO Quality Rights Core training - for all services and all people. Course guide. 2019. ISBN 978-92-4-151670-9. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365917/9789241516709-spa.pdf>. Acessado em: 10/02/24.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A: ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A V Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, realizada entre 9 e 11 de agosto de 2011, conforme relatório final, propôs diretrizes para a formulação das políticas públicas do setor.

O processo preparatório envolveu cinco pré-conferências regionais, nas quais foram discutidos os principais problemas de saúde locais e eleitos os delegados municipais, garantindo um caráter descentralizado e participativo à construção das propostas.

Com o tema *“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”*. O evento principal contou com 480 participantes, incluindo 180 delegados — metade representando usuários e sociedade civil e a outra metade composta por trabalhadores e gestores do setor. Garantindo a paridade, prevista nas normas do SUS, buscou equilibrar as forças deliberativas entre os segmentos sociais.

A metodologia da conferência combinou conferência magna, mesas redondas temáticas, grupos de trabalho e plenárias deliberativas. Entre os quatro eixos temáticos nacionais debatidos, destacou-se o Eixo IV — *Gestão do SUS, do Trabalho e da Educação em Saúde* — coordenado por especialistas da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A presença desses atores acadêmicos e técnicos podem ter contribuído para qualificar o debate, mas também pode evidenciar a assimetria entre o discurso técnico e a experiência cotidiana dos usuários, fenômeno que pode limitar a apropriação popular das discussões mais complexas sobre gestão e financiamento.

As deliberações dos grupos de trabalho resultaram em um conjunto de diretrizes consolidadas por eixos temáticos, incorporando e revisando as propostas oriundas das pré-conferências. A plenária final, responsável pela aprovação das diretrizes municipais e pela eleição dos 16 delegados para a Conferência Estadual de Saúde, representou o ápice do processo deliberativo. As proposições aprovadas foram sistematizadas e encaminhadas ao nível estadual, compondo um mosaico de demandas que articulava interesses locais a agendas mais amplas do SUS.

Observando a tabela 1 a seguir, que traz um recorte das propostas aprovadas pertinentes a temática da saúde mental, identificamos como estas dialogam com as metas estabelecidas no plano municipal de saúde, que busca atender uma necessidade de ampliação da rede e ao fortalecimento dos recursos humanos, destacamos a previsão de uma proposta que contemplam o processo de reabilitação dos pacientes da SM.

Tabela 1: Propostas referentes à temática Atenção psicossocial, aprovadas na plenária Final da V Conferência Municipal de Saúde, segundo Eixo

Eixo	Abrangência	Proposta
Eixo I: Política de Saúde na Seguridade Social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade.	Estadual	Ampliar a rede assistencial de Saúde Mental, Álcool e outras drogas: abertura de CAPS III, CAPS ad e CAPS i e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, atendimento à urgência/emergência psiquiátrica atenção psicossocial
	Municipal	Ampliar os recursos humanos para atenção à saúde mental, álcool e outras drogas garantindo a contratação dos profissionais aprovados em concurso público recente atenção psicossocial
	Municipal	Garantir acessibilidade do usuário aos serviços de saúde mental através do transporte público gratuito.
Eixo III: Gestão do SUS 1 - Financiamento, Pacto pela Saúde, Relação Público x Privado, Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde.	Estadual/Nacional	Aumentar os recursos financeiros para Implementação da rede de saúde mental, álcool e outras drogas.
	Municipal	Criar centro de capacitação em todo o município que garanta acesso de pessoas com transtornos mentais, através do estabelecimento de parcerias para inserção dessas pessoas no mercado de trabalho

Fonte: Relatório da conferência disponibilizado pela gestão, adaptada pela Autora (2025)

A VIª Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, realizada de 7 a 9 de julho de 2015, convocada pelo Decreto nº 5935/2015, teve como tema “*Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro*”, organizando-se em quatro eixos estratégicos: acesso, equidade e integralidade; participação social; valorização do trabalho e da educação em saúde; e gestão do SUS, com ênfase em financiamento e relação público-privado.

O processo preparatório incluiu seis pré-conferências regionais, realizadas entre 6 e 20 de maio de 2015, concebidas como espaços de mobilização e empoderamento comunitário. Segundo relatório do fórum, os encontros funcionaram como espaços de diagnóstico local e construção coletiva de propostas, garantindo a eleição descentralizada de delegados e fortalecendo o caráter democrático do processo deliberativo. As pré-conferências também mobilizaram setores específicos, como a Rede de Saúde Mental, evidenciando a ampliação temática e o envolvimento intersetorial na formulação de políticas.

Com cerca de 700 participantes e 493 inscrições formais, a Vª Conferência reuniu 293 delegados — distribuídos entre trabalhadores, gestores, usuários e prestadores — e manteve da mesma forma a paridade deliberativa estabelecida pelo SUS. A programação contemplou conferência magna, mesas redondas, grupos de trabalho e plenária final, entre as propostas aprovadas 16 foram encaminhadas à IXª Conferência Estadual de Saúde.

O documento destaca a importância da participação social como instrumento de planejamento e avaliação do sistema municipal de saúde, ao mesmo tempo em que revelou desafios de continuidade e efetivação das deliberações no ciclo de gestão. Uma vez que, a conferência, ao articular reflexão crítica, mobilização territorial e institucionalização do controle social, contribuiu para a consolidação de uma cultura democrática de gestão em saúde em Camaçari, ainda que permeada por tensões entre técnica, política e representação social.

Na tabela 2 destacamos as propostas que se relacionam com a saúde mental, ao analisarmos identificamos promoções para mais além das relacionadas ao nível secundário e que possibilitam ampliação do cuidado no nível de atenção primária e que possibilitam melhorar a oferta de ações de prevenção, promoção e cuidado. No entanto, mantêm-se propostas que sinalizam a necessidade de ampliação da rede e o estabelecimento de fluxos e protocolos que garantam o cuidado integral ao usuário.

Tabela 2: Propostas referentes à temática Atenção psicossocial, aprovadas na plenária Final da VI Conferência Municipal de Saúde, segundo Eixo

Eixo	Proposta
Eixo I - Acesso, Equidade e Integralidade para Cuidar Bem das Pessoas	Ampliar as equipes de NASF, garantindo os profissionais de saúde mental em todas elas.
	Implantar práticas alternativas e complementares, como a terapia comunitária
	Ampliar a Rede de Saúde Mental no município, considerando o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS
	Assegurar a implantação de leitos de atenção psicossocial em hospital geral, público ou privado.
	Melhor qualificação do SAMU para transporte e contenção do paciente em crise.
	Garantir atenção a 100% das urgências em Saúde Mental pelo SAMU.
	Fortalecer a atenção às urgências em Saúde Mental pelas UPAs, através da classificação de risco, qualificação dos profissionais e processos de trabalho.
	Assegurar veículo exclusivo para os serviços de saúde mental, a fim de garantir visitas e atendimentos domiciliares, bem como ações comunitárias no território.
	Intensificar, na rede, os atendimentos e cuidados com os familiares dos pacientes com transtornos mentais.
	Implementar protocolos que garantam o encaminhamento responsável, o acesso e a

	comunicação entre os serviços de saúde.
--	---

Fonte: Relatório da conferência disponibilizado pela gestão, adaptada pela Autora (2025)

A VIIª Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, realizada nos dias 28 e 29 de agosto de 2017, teve como o tema “*SUS: Uma Construção de Todos*”, o evento foi estruturado em quatro eixos de discussão — Saúde ao Alcance de Todos, Saúde com Qualidade, Saúde para Viver Mais e Gestão com Qualidade — que buscaram articular os princípios de universalidade, integralidade e equidade às dimensões de gestão e cuidado.

O processo preparatório incluiu uma pré-conferência, realizada na Cidade do Saber em 21 de agosto de 2017, organizada em formato de oficina e precedida por uma exposição técnica da *Análise da Situação de Saúde (ASIS) de Camaçari – 2006 a 2015*.

A conferência reuniu cerca de 400 participantes, com representação equilibrada entre gestores, trabalhadores, usuários e prestadores, respeitando a paridade preconizada pelo regimento. As discussões foram conduzidas em grupos temáticos, culminando na aprovação de propostas e moções sistematizadas no *Caderno de Propostas da VIIª CMS*.

Contudo, ressaltamos que um processo preparatório, reduzido a uma única pré-conferência em formato de oficina, pode representar um retrocesso em termos de capilaridade territorial e diversidade participativa, especialmente se comparado às conferências anteriores. Ainda que a inclusão da *Análise da Situação de Saúde (ASIS)* tenha conferido maior densidade técnica ao debate, o formato concentrado limitou a expressão das comunidades e fragilizou o princípio da descentralização participativa. Ao analisar na Tabela 3 identificamos que as propostas relacionadas à ampliação da rede mantêm-se, que denota o reconhecimento de suas lacunas estruturais. Foram observadas também propostas estruturantes da política como a implantação da linha de cuidado da SM, a criação de indicadores e a previsão de ações integrais aos usuários.

Tabela 3: Propostas referentes à temática Atenção psicossocial, aprovadas na plenária Final da VII Conferência Municipal de Saúde, segundo Eixo.

Eixo I - Saúde ao Alcance de Todos	Realizar estudo de viabilidade para construção de sede própria para o CAPS Orla.
	Implantar um CAPS III (PROSUS) juntamente com a SESAB.
	Implantar o CAPS AD III.
	Realizar estudo de viabilidade orçamentária para a construção do CAPS ia (sede própria).
	Realizar estudo de viabilidade para implantação das Unidades de Acolhimento Transitório (Adulto e Infanto-juvenil). Implantar uma Unidade de Acolhimento Transitório (Infanto-juvenil).
	Realizar estudo de viabilidade para implantação de Residência terapêutica prevista no Plano Regional da RAPS.
	Garantir o profissional de psicologia nas policlínicas como referência da Atenção Básica e Saúde Mental álcool e outras drogas.
LINHA 2/ EIXO 2- Saúde com Qualidade	Qualificar a Atenção as Urgências, em UPAS e SAMU, em Saúde Mental, Anemia Falciforme e Obstetria.
	Implantar e implementar linha de cuidado para a assistência ao Usuário de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Doença Falciforme e Oncologia, dentre outras, garantindo a integralidade da atenção no município e a definição de fluxos nos serviços.
Eixo III - Saúde para Viver Mais	Elaborar e implementar um projeto de geração de renda para os Usuários de Saúde Mental do município.
	Ampliar as equipes de- NASF, garantindo os profissionais de saúde mental em todas elas
	Desenvolver ações de promoção e cuidado em saúde mental, em conformidade com o Plano de Enfrentamento à Violência.
	Definir indicadores de transtornos mentais no e-sus.

Fonte: Relatório da conferência disponibilizado pela gestão, adaptada pela Autora (2025).

A VIIIª Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 9 e 10 de abril de 2019, teve como tema “*Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS*”, manteve o caráter político e deliberativo das conferências como instâncias de avaliação e formulação das políticas públicas de saúde, num contexto de tensões entre descentralização administrativa e restrições de financiamento do SUS.

Destacamos que o processo preparatório, o mais abrangente entre as analisadas. Foram realizadas 53 pré-conferências distribuídas em Unidades de Saúde da Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros Especializados, além de plenárias temáticas (Vigilância, Atenção Básica, PICS e Gestão).

A metodologia utilizada, previu discussões por eixo temático, onde cada serviço de saúde foi convidado a refletir sobre o grau de implantação das políticas locais. Os organizadores planejaram com esse modelo, ainda que mais técnico, proporcionou um exercício de autodiagnóstico e qualificação institucional, articulando a dimensão participativa à gestão por resultados. Contudo, pode mais uma vez, tornar a discussão e os resultados mais técnicos inibindo os anseios populares.

No entanto, o número expressivo de participantes — com cerca de 700 participantes e mais de 500 inscrições formais — sinaliza uma revitalização do capital social e político do controle social em saúde.

Quanto às propostas, concentrada na ampliação da rede, observa-se a manutenção de solicitações que respondam ao subdimensionamento da rede para as demandas do município.

- A defesa da ampliação das equipes mínimas da Atenção Básica com novos profissionais (farmacêutico, assistente social e psicólogo), reafirmando o conceito ampliado de saúde.
- A criação e qualificação de serviços da RAPS, como leitos psiquiátricos no Hospital Geral de Camaçari (HGC), implantação de CAPS AD 24h e CAPS AD Orla, além da atualização do plano regional da rede.
- A revisão da Portaria GM nº 336/2002, propondo critérios mais equitativos e territoriais para implantação de CAPSi, o que revela consciência crítica das limitações normativas do Ministério da Saúde e da necessidade de adequação às realidades locais.

As deliberações em saúde mental confirmam a continuidade das pautas históricas levantadas desde as conferências de 2011 e 2015, situação também verificada nos relatórios de gestão podem indicar uma dependência estrutural de pactuações estaduais e federais, especialmente no que tange ao financiamento para a expansão dos serviços, ou a falta de priorização por parte do gestor municipal. A segunda condição, pode ser reforçada considerando a capacidade financeira do município, que figura entre as três maiores arrecadoras do estado e por indícios, nos depoimentos registrados, tais como:

A VIIIª Conferência Municipal de Saúde de Camaçari sintetiza o amadurecimento institucional do processo participativo em saúde, evidenciando avanços em abrangência territorial, densidade técnica e integração das redes assistenciais. Ao mesmo tempo, ela revela as tensões próprias de uma democracia sanitária que busca equilibrar participação popular, racionalidade técnica e viabilidade financeira.

A IXª Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, realizada nos dias 6 e 7 de outubro de 2021, ocorreu diante do contexto da pandemia de Covid-19, obrigando uma reinvenção do processo participativo em saúde, teve como tema “*A Defesa do Sistema Único de Saúde para Além da Pandemia: SUS para Todos*”.

A metodologia buscando garantir ampla participação social, adotou um formato híbrido, articulando etapas setoriais, distritais e digitalizadas. Foram realizadas assembleias temáticas e setoriais (como CAPS, CER, CEONC, DIVISA, DICORES, DIPLAN e auditoria), conferências distritais na Sede e na Costa, e coleta de 96 propostas on-line, sistematizadas no *Caderno de Propostas da IXª CMS*. Essa estratégia combinou análise documental, diagnóstico situacional (ASIS) e debates presenciais, permitindo a integração das vozes técnicas e populares na construção das diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

O evento contou com 76 participantes no segundo dia e 54 delegados eleitos — respeitando a paridade entre usuários (50%), trabalhadores (25%) e gestores/prestadores (25%). A conferência foi precedida por intensa mobilização institucional e teve condução técnica qualificada, com conferência magna e debates mediadores. As propostas foram organizadas em três linhas de ação: (1) *Saúde com qualidade ao alcance de todos*; (2) *Saúde para viver mais*; e (3) *Gestão da saúde com qualidade*, refletindo um eixo de continuidade com as conferências anteriores e uma preocupação com eficiência, acesso e equidade.

Destacaram-se as deliberações na área de saúde mental, que incluíram a atualização da Linha de Cuidado e do Plano da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ampliação de CAPS e implantação de Unidades de Acolhimento Transitório, criação de programa de saúde mental voltado a mulheres, e políticas de inclusão social e reabilitação psicossocial (como auxílio-transporte, passe livre e geração de renda). Essas propostas refletem a persistência das pautas históricas do município no campo da saúde mental, agora reconfiguradas sob o impacto social e emocional da pandemia.

Sob uma perspectiva analítica, a IXª Conferência consolidou o amadurecimento institucional e tecnológico do controle social em Camaçari, incorporando mecanismos de participação digital e critérios de viabilidade técnica às deliberações. Ao mesmo tempo, o processo evidenciou o desafio de preservar o caráter popular da participação em contextos de mediação tecnológica e restrição presencial. Embora a combinação de instrumentos tenha ampliado o alcance formal do processo, a efetiva representação dos usuários populares e das comunidades mais vulneráveis — aquelas mais afetadas pela pandemia — permaneceu limitada. A pandemia deslocou o eixo participativo da rua e do território para o campo das plataformas digitais e das discussões técnicas, favorecendo atores com maior capital informacional e tecnológico.

As propostas apresentadas e aprovadas na 9ª conferência expressam uma síntese entre o acúmulo histórico de deliberações anteriores e as novas demandas emergentes do contexto pandêmico. O evento retomou três grandes linhas de ação — *Saúde com qualidade ao alcance de todos*, *Saúde para viver mais* e *Gestão da saúde com qualidade* —, que espelham o eixo de estruturação do planejamento municipal e sua coerência com a agenda nacional do SUS.

Há, contudo, um movimento perceptível de tecnificação das propostas: o uso de terminologias como “diagnóstico situacional”, “protocolos de encaminhamento” e “diretrizes de matriciamento” indica uma consolidação da linguagem técnico-gestora no controle social. Isso confere precisão às deliberações, mas também tende a afastar os sujeitos populares do processo de formulação, transformando a conferência em espaço de validação técnica mais do que de disputa política.

No campo da saúde mental, as deliberações mantiveram o protagonismo que o tema vem adquirindo desde 2015. Destacam-se a atualização da Linha de Cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a ampliação de CAPS e Unidades de Acolhimento Transitório, a criação de programas específicos para mulheres e estratégias de reinserção social e laboral. Essas

propostas demonstram continuidade institucional, reforçando a compreensão da saúde mental como eixo estruturante da política municipal.

Enquanto que, a 2ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Camaçari, realizada em 25–26/01/2022, estruturou-se em formato híbrido, conciliando participação presencial e transmissão on-line em razão do recrudescimento da COVID-19. O processo preparatório envolveu assembleias nos serviços especializados (CAPS II Orla, CAPS III, CAPS ad e CAPS i) para eleição de delegados e levantamento de propostas, assegurando representação tripartite (usuários/familiares, trabalhadores e gestão), além de conselheiros natos. A programação combinou mesa de abertura, palestra magna e apreciação do regimento, seguida, no segundo dia, da apresentação da rede municipal e da construção deliberativa das propostas.

O produto político-programático resultou em 42 propostas aprovadas — organizadas nos quatro eixos temáticos nacionais (cuidado em liberdade; gestão/financiamento/formação/participação; princípios do SUS; impactos da pandemia) — e sete moções (repúdio, apoio e solidariedade) aprovadas por aclamação. Elegeram-se 10 delegados para a 5ª Conferência Estadual, com suplências definidas, e expediu-se certificação aos participantes assíduos. Analiticamente, o evento reafirma a diretriz do cuidado em liberdade e o controle social como dispositivos de governança do SUS, ao articular base comunitária (CAPS) e deliberação pública. Observa-se, contudo, queda de presença no segundo dia e dependência do arranjo híbrido, sinalizando desafios de engajamento e equidade participativa. Ainda assim, o processo consolida agenda de aprimoramento da RAPS local, com ênfase na institucionalização das propostas e no acompanhamento pelo conselho municipal para transformação efetiva em planejamento, orçamento e linhas de cuidado.

No Eixo 1, as deliberações expressam a defesa do cuidado territorial e comunitário, com foco na ampliação dos dispositivos de convivência, acolhimento e reinserção social. A criação de casas e unidades de acolhimento transitório, centros de convivência na sede e na costa, e o incentivo à redução de danos e programas intersetoriais reforçam a diretriz do cuidado em liberdade e o enfrentamento da exclusão social e racial. O debate sobre o encarceramento das periferias e a criminalização dos transtornos mentais revela uma inflexão política importante: a conferência reconhece que a defesa da cidadania passa pela crítica às formas de controle e estigma.

O Eixo 2 destaca a dimensão político-organizativa da RAPS. As propostas convergem para a institucionalização de mecanismos de controle social (conselhos locais, fóruns e conferências), fortalecimento das condições de trabalho e alocação orçamentária específica para ações terapêuticas. A ênfase na educação permanente, na divulgação de informações e na estabilidade dos vínculos laborais indica a busca por uma política pública menos dependente da rotatividade e mais comprometida com a qualidade e continuidade do cuidado.

No Eixo 3, observa-se o esforço de integração entre a política de saúde mental e os princípios estruturantes do SUS. As propostas priorizam a articulação intersetorial, o mapeamento epidemiológico e social do território, a ampliação das equipes multiprofissionais e o fortalecimento do apoio matricial. Há ainda um olhar ampliado para públicos específicos — como pessoas com autismo, deficiência intelectual e vulnerabilidade —, reivindicando a expansão das práticas integrativas, da atenção hospitalar e dos dispositivos de urgência. O eixo traduz, portanto, o ideal de integralidade ao propor estratégias que consideram o sujeito em sua totalidade social, cultural e histórica.

O Eixo 4 reflete os desafios pós-pandemia, evidenciando preocupações com a saúde mental dos trabalhadores e com a ampliação do acesso. As propostas contemplam medidas de proteção laboral (“cuidar de quem cuida”), ampliação de recursos humanos (psiquiatras, psicólogos, redutores de danos, oficinairos), concurso público e plano de carreira. Também abordam a inclusão social pelo lazer, esporte e cultura, e o fortalecimento das ações na Costa de Camaçari, apontando para a necessidade de equidade territorial na oferta de serviços.

De modo geral, a conferência reafirma princípios caros à Reforma Sanitária e Psiquiátrica: descentralização, intersetorialidade e participação popular. A análise do conjunto de propostas revela uma agenda coerente com a consolidação da RAPS municipal, mas ainda dependente da institucionalização das deliberações em instrumentos de gestão — planos, orçamento e metas de execução. A materialização desse conjunto propositivo poderá representar, se acompanhada pelo controle social ativo, um avanço concreto na efetivação do direito ao cuidado em liberdade e na democratização da política de saúde mental em Camaçari.

Tabela 4: Propostas referentes aprovadas na plenária Final da II Conferência Municipal de Saúde Mental, segundo Eixo, 2022.

Eixo	Proposta
Eixo 1 - Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania	Viabilizar estratégias para garantir a escuta ativa, o suporte e acompanhamento da família do paciente pessoa com transtorno mental.
	Viabilizar a criação de Casa de Acolhimento no município para acolher usuários em situação de vulnerabilidade social e pessoas com transtorno mental.
	Implantar unidade de acolhimento transitório para que seja possível ofertar cuidado contínuo aos usuários do CAPS AD.
	Implantar dois Centros de Convivência (um na Costa e um na Sede) no município, como ponto de atenção preconizado pela lei que regulamenta a RAPS, visando a potencialização da prevenção e promoção do cuidado em liberdade e reinserção social das pessoas em grave sofrimento psíquico.
	Incentivar ações de Redução de Danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas no município.
	Implantar o 'Corra para o Abraço', programa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social da Bahia (SJDHDS), como mais uma alternativa intersetorial na redução de danos.
	Ampliar o debate no município sobre o encarceramento das periferias e/ou criminalização dos transtornos mentais e abuso de drogas para banimento do preconceito e luta contra o racismo.
Eixo 2 - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental	Fortalecer a participação e o controle social, estimulando a implantação de Conselhos Locais de Saúde, promovendo a capacitação dos conselheiros, as conferências de saúde e instituindo espaços de comunicação efetivos com a comunidade.
	Criar Fórum Municipal de Saúde Mental com participação de usuários de saúde mental, familiares e trabalhadores dos pontos de atenção da RAPS.
	Garantir as condições de trabalho necessárias ao desenvolvimento das ações das equipes de saúde mental, tais como estrutura física adequada com sede própria, disponibilização de material e carros próprios dos serviços (na Costa e na Sede) para as ações no território.
	Garantir orçamento para os serviços de saúde mental a fim de realizar aquisição de materiais com pequenas despesas, visando garantir a realização de oficinas terapêuticas no CAPS.
	Implementar estratégias de divulgação de informações e orientação sobre o tema Saúde Mental, álcool e outras drogas para a sociedade e profissionais.
	Ampliar e fortalecer os espaços de formação e educação permanente para os professores e trabalhadores dos pontos de atenção da RAPS, viabilizando a formação de uma equipe multiprofissional capacitada e integrada.
	Fortalecer e organizar a RAPS, com melhoria de acesso aos serviços, definição de fluxos, protocolos e ofertas, visando à democratização da política pública de saúde mental, álcool e outras drogas.
	Garantir a estabilidade das categorias profissionais dos serviços de saúde mental, considerando a soberania do vínculo (técnico de nível superior, técnico de nível médio, segurança e limpeza).

Eixo 3 - Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade	Implementar ações de prevenção e acompanhamento em saúde mental dentro do espaço escolar, com maior integração entre as ações das equipes do setor saúde e educação.
	Realizar mapeamento do perfil da população local, seu comportamento e hábitos para embasar estratégias de acolhimento e de prevenção ao sofrimento mental.
	Ampliar o número de equipes multiprofissionais/NASF, garantindo o apoio nas unidades da atenção primária no município.
	Aprimorar a articulação intersetorial no município para a promoção da saúde, atendendo aos problemas de geração de renda, emprego, lazer, cultura, alimentação, esporte, educação e suporte socioeconômico.
	Ampliar e qualificar as atividades de apoio matricial desenvolvidas pelos CAPS e equipe multiprofissional junto à atenção primária, com vistas a favorecer o cuidado no território.
	Ampliar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) para a promoção à saúde mental na RAPS.
	Garantir a composição adequada, quanto ao perfil e quantidade, do quadro de profissionais para a atenção à saúde mental, de acordo com as necessidades identificadas, priorizando a inserção via concurso público.
	Fortalecer, ampliar e qualificar a Rede de Atenção às urgências e emergências para o atendimento adequado às pessoas com transtornos mentais e em situação de vulnerabilidade.
	Viabilizar a integralidade da atenção, reconhecendo o indivíduo em seu contexto cultural, social, político e histórico, e sua relação com a família e sociedade.
	Ampliar a oferta de serviços ambulatoriais para atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e deficiência intelectual, melhorando a acessibilidade dos usuários e criando o serviço na Costa.
	Garantir o acesso à atenção hospitalar adequada em tempo oportuno, com a implantação de Hospital Municipal e oferta de leitos psiquiátricos.
	Implantar polos de Academia da Saúde, garantindo a acessibilidade das pessoas com deficiência.
Eixo 4 - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia	Implantar comitê para elaboração de projeto intersetorial voltado à saúde ocupacional dos profissionais de saúde mental - 'Cuidando do cuidado'.
	Garantir creches e escolas em tempo integral, priorizando famílias com sofrimento ou transtorno mental.
	Garantir a realização de concurso público e efetivação de plano de carreira para todas as funções e categorias dos serviços de saúde mental.
	Incluir agentes redutores de danos, oficinairos e acompanhantes terapêuticos no PCCV, visando contratação para os CAPS.
	Garantir o transporte adequado dos usuários com transtorno mental que tenham dificuldade de acessar o serviço via transporte público.
	Ampliar o atendimento nas USF's incluindo a psicologia junto às ofertas existentes.
	Solicitar ao Ministério da Saúde a inclusão do CBO dos profissionais que atualmente não podem registrar procedimentos como integrantes da equipe mínima de serviços de saúde mental.

	Ampliar a oferta de cuidados na Costa de Camaçari, garantindo o acesso de usuários com transtornos mentais graves e familiares.
	Contratar psiquiatra infantil e ampliar os atendimentos de psicoterapia com novos psicólogos na sede e costa.
	Implantar supervisão clínica especializada para as equipes de saúde mental do município.
	Ofertar atividades de esporte e lazer para os usuários de saúde mental da região da Costa.
	Garantir acesso contínuo do CAPSi e CER II através de articulação com a rede intersetorial para inclusão de crianças com transtornos mentais e deficiência em projetos de cultura, esporte e lazer.

Fonte: Relatório da conferência disponibilizado pela gestão, adaptada pela Autora (2025)

O desafio futuro reside em garantir que a potência participativa se traduza em governança efetiva, com implementação real das deliberações nos instrumentos de gestão municipal.

A vinculação direta entre as deliberações e o Plano Municipal de Saúde 2022–2025 garante maior rastreabilidade e potencial de implementação, superando o distanciamento historicamente observado entre as resoluções conferenciais e a execução administrativa.

Sendo assim, o período 2015–2022 revela um arco de maturação democrática: de uma participação ampla e territorial (2015), passando por densidade técnica com riscos de compressão (2017), avançando para capilaridade com método avaliativo (2019) e culminando numa governança híbrida e rastreável (2021/2022). A saúde mental emerge como fio condutor, transformando-se de demanda por acesso em política estruturante. O passo decisivo agora é fechar o ciclo: priorizar, financiar e monitorar — com transparência e proteção contra as assimetrias participativas.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

Identificação

Nome do entrevistado(a), idade, gênero e data de realização da entrevista.

Origem e Trajetória Social

Fale um pouco sobre você: onde nasceu e viveu; onde estudou (ensino fundamental e médio).

Fale um pouco sobre seus pais e avós: onde nasceram, viveram; escolaridade e ocupação.

Formação e Trajetória Profissional

Fale um pouco da sua formação profissional: onde se graduou; escolha pela área de formação e justificativas.

Fale um pouco da sua trajetória profissional: inserções, escolhas, motivações e justificativas.

Fale um pouco sobre sua atuação profissional no município de Camaçari: como se inseriu, escolhas, interlocução com equipe gestora/prefeitura, cargos ocupados.

Comente sobre sua atuação profissional atual: local de atuação e escolhas.

Condições históricas de possibilidade de implantação da política de saúde mental no município

Como e quando começou a implantação da política de saúde mental no município de Camaçari e como se deu a construção da RAPS localmente?

Qual a sua participação e quem foram os agentes responsáveis pelo processo de implantação da política de saúde mental no município? Quais as dificuldades e facilidades neste processo e como as dificuldades foram superadas?

Disposições e Pontos de Vista - Política de Saúde Mental no Brasil

Para você, como se deu a construção política nacional de saúde mental?

Fale um pouco sobre a política de saúde mental no município; sua experiência com atendimento a paciente com transtorno mental?

Você teve alguma formação/capacitação em atenção à saúde mental? Como se deu esta formação?

Disposição políticas

Você participou de movimentos estudantis, sanitários e sociais? Participa de algum tipo de militância em partidos políticos

APÊNDICE C - MATRIZ DE ANÁLISE - COMPONENTE QUALITATIVO

Quadro I

CATEGORIA DE ANÁLISE	INDICADORES	OPERACIONALIZAÇÃO
Posição no espaço social	Origem social Trajetória Profissional	Escolaridade e profissão dos pais e dos avós; Formação acadêmica, trajetória profissional
Posição no espaço da RAPS	Trajetória no espaço da Política de Saúde Mental (PNSM)	Trajetória profissional ao interior do espaço PNSM; formação e atuação no espaço das PNSM
Disposições políticas	Indicadores de disposições políticas	Participação no movimento sanitário, participação em movimentos estudantis, profissionais e sociais, militância em partidos políticos
Disposições sobre a organização do SUS	Indicadores de disposições sobre a organização do sistema de saúde	Concepção/imagem-objetivo do SUS
Disposições sobre as PNSM	Indicadores da concepção sobre PNSM	Concepção sobre PNSM, posição sobre a atuação da RAPS no SUS, posição sobre formação profissional em atenção a saúde mental
Capital burocrático	Indicadores de composição do capital burocrático	Cargos ocupados e recursos mobilizados ao interior do SUS (Quadro II)
Capital político	Indicadores de composição do capital político	Participação em partidos políticos, participação em cargos eletivos e ocupação de cargos administrativos que resultam de articulações especificamente políticas (Quadro II)
Capital científico	Indicadores de composição do capital científico	Produção acadêmica, pós-graduações e orientações (Quadro II)

Fonte: Autora (2025), adaptado de Vieira-da-Silva (2018); Rossi (2018); Barros (2018).

Quadro II – Critérios de análise da composição das diferentes espécies de capital

VOLUME DE CAPITAL	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo
Burocrático	Cargos de direção intermediários em diversos níveis e em SES	Cargos Técnicos e de assessoria em organismos internacionais, no Ministério da Saúde e de direção na SMS	Cargos de direção intermediários em diversos níveis em SMS	Cargos técnicos
Político	Secretário no Ministério da Saúde, Secretário Estadual de Saúde, Participante de comissões nacionais de associações.	Secretário Municipal de Saúde, Militante de comissões estaduais ou municipais de associações, militante de partido.	Filiado a partidos e/ ou a entidades	Sem participação política
Capital Científico	Doutorado e produções acadêmicas	Mestrado, integrar equipe de projeto de pesquisa	Especialização	Graduação

Fonte: Autora (2025), adaptado de Vieira-da-Silva (2018); Rossi (2018) e Barros (2018).

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – COMPONENTE QUANTITATIVO- PROFISSIONAIS

QUESTIONÁRIO
Identificação:
Idade:
Sexo: () masculino () feminino () não binário
Raça/Cor: () negro () pardo () branco () amarelo () indígena
Graduação em:
Instituição em que se graduou:
Ano em que se graduou:
Maior titulação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado
Tempo (em número de anos) de serviço no SUS:
Tempo de atuação (em número de anos) no SUS de Camaçari:
Tempo de atuação (em número de anos) na equipe atual:
Tipo de unidade que faz parte: () UBS () ESF
Função que desempenha na equipe: () Agente Comunitário de Saúde () Assistente Social () Enfermeiro () Médico
Qual o seu vínculo com o município de Camaçari: () estatutário () contrato temporário () outro: especificar
Teve contato com a temática da saúde mental (SM)? Sim () Não ()
Se sim, marque a opção ou opções que teve a formação: Na graduação () Cursos de extensão () Na pós-graduação () Através do matriciamento () Outros ()
Há quanto tempo você participou da última formação em SM?
Você considerou suficiente para a sua atuação na atenção à SM? () sim () não () NSA
Como você considera seu conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental? () Muito pouco; nunca li na íntegra () pouco () razoável () satisfatório
Você conhece a RAPS do município?
Você conhece o fluxo de acesso a RAPS?
Você considera fácil acessar outros pontos da rede para o usuário? () sim () não
Qual principal ponto da rede você encaminha usuários com demandas de SM?
Qual principal ponto da rede encaminha usuários com demandas de SM para esse serviço?
Você tem um cadastro de pacientes em sofrimento mental ou com algum transtorno mental do seu território? Se sim, quais são?
Qual o principal problema de saúde mental de seu território?
A equipe já realizou ou realiza alguma ação para enfrentar esse problema (relacionado a SM)?
Qual a população que você assiste em seu território?

Você discute os casos de transtorno mental com outra equipe dentro da RAPS? Se sim, qual:		
Você sabe qual o papel dos CAPS na RAPS?		
Você já foi matriciado por algum profissional da Saúde Mental? (Para profissionais AB) () Sim () Não	Se sim, qual e quando?	
Vocês recebem Apoio Institucional? () Sim () Não	Se sim, por quem? considera efetivo? Se não, por quê?	
Vocês têm Supervisão Clínica? () Sim () Não () NSA	Se sim, considera a frequência suficiente?	
Na equipe que você trabalha atualmente realiza Projeto Terapêutico Singular (PTS) para seus pacientes com Transtorno mental? () sim () não	Se sim, fazem revisão?	
Você já contribuiu ou foi envolvido no PTS de algum paciente de seu território?		
Na sua unidade possui algum grupo que aborda a temática Saúde Mental		
A sua unidade realiza atendimento em grupo?		
Você e sua equipe realizam visitas domiciliar?		
Na sua unidade o usuário tem livre acesso?	Se não, por quê?	
Na sua equipe realiza atendimento crise?	Se não, por quê?	
Na sua unidade possui Oficinas terapêuticas?	Se sim, qual?	Com qual frequência ela ocorre?
Você se considera preparado para o cuidado de pacientes em sofrimento mental?	Se não, por quê?	
Você considera os recursos disponíveis para o cuidado aos pacientes com algum tipo de transtorno mental no município suficientes? Se não, por quê?		
Você considera os recursos disponíveis para o cuidado aos pacientes com algum tipo de transtorno mental no seu serviço suficientes? Se não, por quê?		
Você já participou de alguma Conferência de Saúde Mental? () sim () não. Se sim, quando foi a última?		
Caso tenha participado de alguma Conferência de Saúde Mental apresentou alguma proposta? () sim () não. Se sim, qual?		
O serviço realiza ou participa de algum tipo de estratégia para o controle social? () Reunião com a comunidade () Conselho local de Saúde () outros: _____ () Não realiza		

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – COMPONENTE QUANTITATIVO-PACIENTES E FAMILIARES

QUESTIONÁRIO - PACIENTES/FAMILIARES	
Identificação:	Pacientes () Familiares ()
Idade:	
Sexo: () masculino () feminino () não binário	
Raça/Cor: () negro () pardo () branco () amarelo () indígena	
Grau de instrução: () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Superior () pós-graduado	
Renda familiar () menor que 1 salário-mínimo. () 1 salário-mínimo. () 1. a 2 salários-mínimos. () 2 a 3 salários-mínimos. () Acima de 3 salários-mínimos.	
Assistida por qual tipo de unidade básica: () UBS () ESF	
Qual sintomas de sofrimento mental possui? () dificuldade de dormir () ansiedade () alteração do humor () isolamento social () tristeza () alucinações () delírio () perda de memória () agressividade () outros:	
Possui algum tipo de diagnóstico de doença mental? Se sim, qual?	
A quanto tempo apresenta sinais e sintoma de sofrimento mental:	
Realiza algum tipo de tratamento? () sim () não. Se sim, há quanto tempo:	
Você é atendido em algum serviço especializado? () sim () não. Se sim, qual? () CAPS () ambulatório de psiquiatria () outros.	
Qual tipo de tratamento realiza: () apenas medicação () medicação e terapia () apenas terapia () medicação e PICS () medicação, terapia e PICS () terapia e PICS () outros:	
Gostaria de fazer outro tipo de tratamento? () Sim () não. Se sim qual? Qual motivo pelo qual não o realiza () não tem tempo () não tem acesso () não foi indicado	
Você sabe o que é PICS? () Sim () não. Acredita nos benefícios da PICS para o cuidado dos transtornos mentais? () Sim () não	
Você sabe o que é terapia? () Sim () não.	
Acredita nos benefícios da terapia para o cuidado dos transtornos mentais? () Sim () não	
Qual foi o primeiro serviço que você buscou quando começou a sentir os sintomas de sofrimento mental? () UBS () Unidade de urgência () CAPS () ambulatório de psiquiatria	
Como você considera seu conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental? () Muito pouco; nunca li na íntegra () pouco () razoável () satisfatório	
Você conhece a RAPS do município?	
Você conhece o fluxo de acesso a RAPS?	
Você considera fácil acessar os serviços de SM do município? () sim () não	
Você utiliza qual tipo de medicação para o tratamento de doença mental?	

Você tem acesso a medicação para o tratamento de doença mental pelo SUS? () sim () não () parcialmente. Se sim, tem oferta regular? () sim () não
Você considera os profissionais das unidades básicas aptos para o atendimento de sua demanda de saúde mental? () sim () não. Se não, por quê?
Você considera os profissionais do CAPS aptos para atendimento de sua demanda de saúde mental? () sim () não. Se não, por quê?
Você considera os profissionais do ambulatório de psiquiatria aptos para atendimento de sua demanda de saúde mental? () sim () não. Se não, por quê?
Você considera no serviço que você utiliza algum profissional como sua referência? se sim, em qual serviço e qual a formação?
Quando você ou seu familiar está em crise qual serviço você procura? Considera bem acolhido em sua demanda?
Você já participou de alguma Conferência de Saúde Mental? () sim () não. Se sim, quando foi a última?
Você participa de algum tipo de grupo com objetivo de discutir/falar/reivindicar questões de SM?
Caso tenha participado de alguma Conferência de Saúde Mental apresentou alguma proposta? () sim () não. Se sim, qual?

Fonte: Autora (2025)..

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO ADAPTADO *QUALITYRIGHTS* – COMPONENTE QUANTITATIVO-PROFISSIONAIS, PACIENTES E FAMILIARES

		Fortemente Não concordo	Não concordo	Neutro	Concordo	Fortemente Concordo
a.	Nada pode ser melhorado nos serviços de saúde mental sem recursos adicionais.					
b.	O ambiente de serviço tem pouco a ver com saúde mental e bem-estar das pessoas.					
c.	As pessoas com demência devem sempre viver em casas coletivas onde a equipe possa cuidar deles					
d.	Pessoas com deficiências psicossociais/condições de saúde mental não devem ser contratadas para trabalhos que exijam contato direto com o público.					
e.	Tomar medicamentos é o fator mais importante para ajudar as pessoas com problemas de saúde mental a obter melhor.					
f.	Você só pode inspirar esperança quando a pessoa não estiver mais apresentando sintomas					
g.	As pessoas que usam os serviços de saúde mental devem ser capacitadas para tomar suas próprias decisões sobre o tratamento.					
h.	Seguir o conselho de outras pessoas que tiveram problemas de saúde mental é muito arriscado.					
i.	As opiniões dos profissionais de saúde sobre o atendimento e					

	tratamento devem ter mais peso do que os de uma pessoa com deficiência intelectual.					
j.	É aceitável pressionar as pessoas que usam os serviços de saúde mental a fazer um tratamento que elas não querem.					
k.	As pessoas com problemas de saúde mental devem não receber responsabilidades importantes.					
l.	Quando as pessoas passam por uma crise. Os profissionais ou as famílias devem tomar decisões com base em suas ideias sobre o que é melhor para eles.					
m.	As pessoas com deficiência intelectual têm o direito de tomar suas próprias decisões, mesmo que eu não tenha de concordar com elas.					
n.	Controle de pessoas que usam serviços de saúde mental é necessário para manter a ordem.					
o.	O uso de isolamento e contenção é necessário se as pessoas que usam serviços de saúde mental tornam-se ameaçadoras.					
p.	As pessoas que correm o risco de prejudicar a si mesmas ou a outros devem ser isoladas em um quarto trancado.					
q.	A internação involuntária causa mais danos do que benefícios.					

Fonte: Adaptação do questionário pré-treinamento de Avaliação da formação QualityRights sobre saúde mental, direitos humanos e recuperação-WHO.

APÊNDICE G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A GÊNESE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Pesquisador: Aline Dantas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78876324.5.0000.5628

Instituição Proponente: ASSOCIACAO UNIVERSITARIA E CULTURAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.837.639

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório com abordagem mista, um componente qualitativo e um componente quantitativo. Objetiva analisar a sociogênese do processo de implantação da Política de Saúde Mental no município de Camaçari-BA e suas possíveis repercussões na efetivação desta.

A Política de Saúde Mental brasileira surgiu a partir do movimento denominado Reforma Psiquiátrica, com o foco na desinstitucionalização, por meio de ações e serviços de base comunitária e garantia da proteção dos direitos humanos dos indivíduos com transtornos mentais, normatizada por meio da Lei nº10.216. A Portaria nº 3.088, com objetivo de atender às necessidades de pessoas com sofrimento mental e as decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um conjunto articulado de equipamentos de saúde nos distintos pontos de atenção à saúde, com competências distribuídas no nível Federal, Estadual e Municipal, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ao longo desses anos, o perfil de saúde mental da população sofreu modificações e esta Política enfrentou obstáculos para sua efetivação.

A principal hipótese do estudo é que a política de saúde mental não esta efetivamente implantada e ainda enfrenta velhos problemas, como, um modelo de assistência médico centrado, medicalizante, com dificuldade no controle das crises a nível ambulatorial. Que se agrava em virtude da mudança do perfil da saúde mental da população mundial, que desafia a

Endereço: Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 Universidade Católica do Salvador.Campus Pituáçu,Comitê de Ética,Prédio
Bairro: PITUAÇU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3206-7830 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 6.837.639

saúde pública a uma assistência cada vez mais integral, participativa e holística.

Será utilizada entrevista, análise documental, análise de discurso do questionário adaptado OMS Quality Rights. Serão selecionadas por amostra de conveniências atores envolvidos no processo de implantação da política no município.

Serão incluídos os profissionais que estão na rede há mais de um ano e pacientes e familiares maiores de 18 anos e usuários da rede de SM do município há mais de 01 (um) ano.

Serão excluídos trabalhadores que tiveram afastados da assistência por algum motivo por mais de 06 (seis) meses no último ano e pacientes em surto psiquiátrico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a sociogênese do processo de implantação da Política de Saúde Mental no município de Camaçari -BA e suas possíveis repercussões na efetivação desta política.

Objetivo Secundário:

- Analisar o contexto histórico, social em que a Política de Saúde Mental foi implantada no município de Camaçari;

-Analisar as trajetórias e os diferentes pontos de vista dos agentes envolvidos na formulação e execução da Política de Saúde Mental em Camaçari;

- Compreender as relações entre os agentes envolvidos na implantação Política de Saúde Mental com o campo burocrático e o campo político do município;

- Compreender as relações entre os profissionais componentes da RAPS no município;

- Identificar os principais desafios para a efetividade da rede de assistência psicossocial no município de Camaçari.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo poderá ocasionar algum desconforto, ou ainda, impor riscos leves a moderados pela possibilidade de abordar temas referentes ao seu ambiente de trabalho diante de memórias apresentadas durante as respostas do questionário, no caso dos profissionais de saúde. Assim como em virtude da abordagem ao problema de saúde e sua assistência, no caso da

Endereço: Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 Universidade Católica do Salvador, Campus Pituaçu, Comitê de Ética, Prédio
Bairro: PITUAÇU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3206-7830 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 6.837.639

abordagem aos pacientes e seus familiares. Podendo ocasionar, em ambos os casos, choro, tristeza ou agitação, esses inerentes a qualquer pessoa.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, não estão previstos os de caráter individual. Contudo, uma vez alcançado os objetivos do estudo, será possível identificar o comportamento das práticas sociais em torno do tempo, analisar os resultados alcançados pela intervenção avaliada e desta forma contribuir para o aperfeiçoamento das intervenções sanitárias, a partir da incorporação futura do conhecimento produzido. Refletindo assim, na melhoria do cuidado aos pacientes com transtorno mental comum. Será garantido que a identidade do entrevistado será preservada, sendo os dados fornecidos pelos participantes utilizados apenas para fins de estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores acataram as recomendações, bem como realizaram as modificações no projeto que foram apontadas como pendências.

- Novo edição no TCLE , apresentando as informações de maneira mais objetiva facilitando a leitura do participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos apresentados e estão de acordo. Inclusive com carta resposta identificando os pontos modificados para atender as pendências.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecer do relator e alerta que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e o relatório final da pesquisa por meio da Plataforma Brasil para que sejam apreciados pelo CEP, em conformidade com a Norma Operacional nº 01/13, item XI.2.d.

Endereço: Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 Universidade Católica do Salvador.Campus Pituaçu,Comitê de Ética,Prédio
Bairro: PITUAÇU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3206-7830 **E-mail:** cep@ucsal.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL**



Continuação do Parecer: 6.837.639

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2317994.pdf	24/04/2024 14:36:57		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	24/04/2024 14:34:05	Aline Dantas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_modificado.pdf	24/04/2024 14:33:27	Aline Dantas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_modificado.pdf	24/04/2024 14:33:05	Aline Dantas	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	09/04/2024 21:00:06	Aline Dantas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Intitucional.pdf	05/04/2024 00:18:04	Aline Dantas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_apoiopsicol.pdf	05/04/2024 00:16:47	Aline Dantas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_confidencialidade_assinado.pdf	05/04/2024 00:15:56	Aline Dantas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario.pdf	05/04/2024 00:15:27	Aline Dantas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista.pdf	05/04/2024 00:15:12	Aline Dantas	Aceito
Outros	Questionario_adaptacao_Qualityrights.pdf	05/04/2024 00:14:49	Aline Dantas	Aceito
Outros	Questionario_pacientes.pdf	05/04/2024 00:14:10	Aline Dantas	Aceito
Outros	Questionario_profissionais.pdf	05/04/2024 00:13:28	Aline Dantas	Aceito
Outros	Roteiro_da_entrevista.pdf	05/04/2024 00:12:34	Aline Dantas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/04/2024 00:11:33	Aline Dantas	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/04/2024 00:11:04	Aline Dantas	Aceito

Endereço: Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 Universidade Católica do Salvador, Campus Pituaçu, Comitê de Ética, Prédio
Bairro: PITUAÇU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3206-7830 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 6.637.639

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 21 de Maio de 2024

Assinado por:

**João Marcos de Oliveira Cavalcanti
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 Universidade Católica do Salvador.Campus Pituaçu,Comitê de Ética,Prédio
Bairro: PITUAÇU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3206-7830 **E-mail:** cep@ucsal.br