

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

**GOVERNANÇA PÚBLICA NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO
AMAZONAS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

José Osmar Martins Júnior
Magister Scientiae

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2024**

JOSÉ OSMAR MARTINS JÚNIOR

**GOVERNANÇA PÚBLICA NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO
AMAZONAS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Thiago de M T da Costa

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2024**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

M386g
2024

Martins, José Osmar Júnior, 1978-

Governança pública do serviço de saúde mental do Estado do Amazonas na perspectiva dos profissionais de saúde / José Osmar Júnior Martins. – Viçosa, MG, 2024.

1 dissertação eletrônica (108 f.): il. (algumas color.).

Inclui anexos.

Orientador: Thiago de Melo Teixeira da Costa.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Administração e Contabilidade, 2024.

Referências bibliográficas: f. 73-80.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2024.767>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Pessoal da área de saúde mental - Amazonas.
2. Governança pública. I. Costa, Thiago de Melo Teixeira da, 1980-. II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDD 22. ed. 353.64

JOSÉ OSMAR MARTINS JÚNIOR

**GOVERNANÇA PÚBLICA NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO
AMAZONAS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 30 de agosto de 2024.

Assentimento:

José Osmar Martins Júnior
Autor

Thiago de Melo Teixeira da Costa
Orientador

Essa dissertação foi assinada digitalmente pelo autor em 22/11/2024 às 08:59:11 e pelo orientador em 22/11/2024 às 09:31:05. As assinaturas têm validade legal, conforme o disposto na Medida Provisória 2.200-2/2001 e na Resolução nº 37/2012 do CONARQ. Para conferir a autenticidade, acesse <https://siadoc.ufv.br/validar-documento>. No campo 'Código de registro', informe o código **V9VE.2GL9.TSAG** e clique no botão 'Validar documento'.

AGRADECIMENTOS

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001." Durante esses dois anos de mestrado, marcados por intenso estudo, dedicação e esforço, gostaria de expressar minha gratidão a algumas pessoas que foram fundamentais para a realização deste sonho. Por meio dessas palavras sinceras, busco demonstrar um pouco da importância que elas tiveram, e continuam tendo, em minha vida e também a minha profunda gratidão a cada uma delas.

Em primeiro lugar, a Deus.

À minha mãe Zuíla Cordeiro, a pessoa que mais amo neste mundo; ao meu pai Osmar Martins e às minhas irmãs Kátia Martins e Mayara Martins, pela compreensão e apoio constantes; aos meus sobrinhos Ana Karolina, Sophia Martins, Letícia Martins, Gabriel Martins e, especialmente, ao meu príncipe Lorenzo Martins, os quais, em muitos momentos, tiveram que abrir mão da minha companhia e atenção. Agradeço por estarem ao meu lado me incentivando nos momentos mais desafiadores.

Aos meus familiares e aos meus amigos, por sempre desejarem o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para me ajudar a superar cada obstáculo e chegar até aqui e, acima de tudo, pelo amor imenso que me dedicam. Sou eternamente grato por tudo o que sou, por tudo o que conquistei e pela felicidade que tenho ao lado de vocês.

Aos meus colegas de trabalho não só da UEA (Universidade do Estado do Amazonas) – sobretudo da Policlínica Odontológica, no setor onde trabalho: Central de Material Esterilizado (CME), em nome de Maria Lacilene, Graça Lobão e Débora Elvas, mas também do Serviço de Pronto Atendimento do Alvorada (SPA), em nome de minhas colegas Karla Patrícia, Izamile Santiago e todos os membros de minha equipe, por não terem medido esforços para me ajudar na fase das aulas e da escritura desta dissertação.

Em especial à Dona Regina Xavier, administradora da Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas; à Sra. Marluce, secretária também da Policlínica; à enfermeira Roseana Imakawa, gerente de Enfermagem do SPA do Alvorada; e à Sra. Gilmara, secretária das Policlínicas da Secretaria de Saúde do Amazonas. Não posso deixar de mencionar o meu coorientador, Dr. Bruno Tavares; e o meu estimado

orientador, Dr. Thiago de Melo Teixeira da Costa, pela dedicação e profissionalismo, ao qual agradeço imensamente por tantas vezes ter colocado minhas necessidades à frente dos seus momentos de descanso e por ter me guiado com tanto cuidado e atenção. Sou profundamente grato por seu estímulo constante, por elevar minha autoestima e por acreditar e confiar em mim ao longo desses dois anos. Sem o seu apoio, orientação e amizade, este trabalho não seria possível.

Expresso a minha mais sincera gratidão ao meu amigo Aldeney Santos, por todo o apoio e dedicação que recebi durante o curso de Proficiência em Inglês para o mestrado. Sua orientação foi fundamental para o meu progresso e para o alcance dos meus objetivos.

Também expresso a minha gratidão a todos os meus colegas do Mestrado em Administração, especialmente a Day Pera, Flávia Roberta e Ana Prazeres, por terem estado ao meu lado em todos os momentos com apoio e amizade incondicional.

Em especial, a Wendel Basilio, Cássia Moura, Malena Braga e Jayson Rodrigues, coordenadores do Grupo de Dança XV de Outubro, do qual faço parte, por entenderem os motivos do meu afastamento e por assumirem responsabilidades na Coordenação, permitindo que eu pudesse me dedicar ao mestrado sem preocupações.

A Deus e Nossa Senhora, por todas as bênçãos que recebi e por me darem mais do que eu poderia imaginar. Sou profundamente grato, papai do céu, por tudo de bom que sou e que tenho. Também agradeço aos santos e anjos que sempre olham por mim e intercedem em meu favor. Sem essa força divina, nenhuma dessas conquistas seria possível.

RESUMO

JÚNIOR, José Osmar Martins, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, agosto de 2024. **GOVERNANÇA PÚBLICA NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO AMAZONAS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.** Orientador: Thiago de Melo Teixeira da Costa.

Introdução – A saúde mental é amplamente afetada pelos ambientes em que as pessoas vivem, e sua promoção exige ações integradas em diversos setores, incluindo do governo. **Objetivos** – Analisar o funcionamento da governança multinível na Rede de Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde, aprofundando a compreensão desse modelo de governança. **Metodologia** – Neste estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa e descritiva para investigar a governança multinível na política de saúde mental do Amazonas. Utilizando técnicas como questionários e observações sistemáticas, a análise foi fundamentada, permitindo compreender os arranjos institucionais e identificar lacunas nas redes de saúde. A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde Mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de 24 municípios. **Resultados** – A análise revelou desafios significativos na coordenação e implementação dos serviços de saúde mental no Amazonas. A colaboração entre os diferentes níveis de governo e a sociedade civil é fundamental para superar barreiras históricas que comprometem a eficácia das políticas. É crucial fortalecer a articulação interinstitucional e investir na capacitação dos profissionais, adaptando as políticas às realidades locais. O financiamento adequado e a implementação de sistemas de monitoramento contínuo são essenciais para expandir e melhorar a qualidade dos serviços. **Conclusão** – Na análise da governança multinível na política de saúde mental no Amazonas, destacaram-se desafios significativos na coordenação e implementação dos serviços. Recomenda-se reforçar a articulação interinstitucional, investir na capacitação de profissionais e assegurar o financiamento adequado. A abordagem deve ser adaptada às particularidades regionais, com monitoramento contínuo das políticas. Estudos futuros sobre tecnologias digitais e a geografia do Amazonas são essenciais para melhorar o acesso aos serviços de áreas remotas.

Palavras-chave: saúde mental; governança multinível; coordenação; capacitação; monitoramento

ABSTRACT

JÚNIOR, José Osmar Martins, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, August, 2024.
PUBLIC GOVERNANCE IN THE MENTAL HEALTH SERVICE OF THE STATE OF AMAZONAS FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS. Adviser: Thiago de Melo Teixeira da Costa.

Introduction – Mental health is profoundly influenced by the environments in which people live, and its promotion requires integrated actions across various sectors, including government. Objectives – To analyse the functioning of multilevel governance in the Mental Health Policy Network of the State of Amazonas from the perspective of health workers, deepening the understanding of this governance model. Methodology – The study adopted a qualitative and descriptive approach to investigate multilevel governance in the mental health policy of Amazonas. Using techniques such as questionnaires and systematic observations, the analysis was grounded in understanding institutional arrangements and identifying gaps in health networks. The research was conducted in Mental Health Units of the Psychosocial Care Network (RAPS) across 24 municipalities. Results – The analysis revealed significant challenges in coordinating and implementing mental health services in Amazonas. Collaboration between different levels of government and civil society is essential to overcome historical barriers that undermine policy effectiveness. It is crucial to strengthen inter-institutional articulation and invest in professional training, adapting policies to local realities. Adequate funding and the implementation of continuous monitoring systems are essential to expand and improve service quality. Conclusion – The analysis of multilevel governance in the mental health policy of Amazonas highlights significant challenges in coordinating and implementing services. It is recommended to reinforce inter-institutional collaboration, invest in professional training, and ensure adequate funding. The approach should be adapted to regional particularities, with continuous policy monitoring. Future studies on digital technologies and the geography of Amazonas are essential to improve access to mental health services in remote áreas.

Keywords: mental health; multilevel governance; coordination; training; monitoring

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Estado do Amazonas	40
Figura 2 –	Percepção dos entrevistados sobre a suficiência de profissionais habilitados em saúde mental	49
Figura 3 –	Avaliação da adequação do número de profissionais para a demanda atual ofertada pelas RAPS.....	50
Figura 4 –	Percepção da Coordenação entre os diferentes níveis de governo na política de saúde mental.....	51
Figura 5 –	Percepção da eficácia dos atores envolvidos no governo (Coordenação da Saúde Pública Mental)	52
Figura 6 –	Alinhamento entre a política pública do Amazonas e a política nacional segundo os profissionais	54
Figura 7 –	Adequação da política de saúde mental às necessidades da população do Amazonas, segundo os profissionais	55
Figura 8 –	Abrangência da Política de Saúde Mental nos municípios do Amazonas, segundo os profissionais	57
Figura 9 –	Opinião dos profissionais sobre a assistência completa na Área de Saúde Mental	58
Figura 10 –	Opinião dos profissionais sobre a suficiência da estrutura de acolhimento ao doente na Rede de Saúde.....	58
Figura 11 –	Capacidade de atendimento a pacientes com necessidade de internação	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelos de governança multinível	30
Quadro 2 – Serviços de Saúde mental ofertados no Amazonas	36
Quadro 3 – Modalidades e funções dos CAPS	39
Quadro 4 – Municípios participantes e respectivos CAPS.....	44
Quadro 5 – Categorias analíticas na análise da governança em saúde mental no estado do Amazonas	47

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CESMAM – Centro de Saúde Mental do Amazonas
CRDQ – Centro de Reabilitação em Dependência Química
DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
GMN – Governança Multinível
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IFAC – International Federation of Accountants
MP-AM – Ministério Público do Amazonas
MPFAM – Ministério Público Federal do Amazonas
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Redes de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RP – Reforma Psiquiátrica
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SES-AM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	Governança Pública	19
2.2	Governança na Saúde Pública no Brasil	21
2.3	Governança de Redes.....	25
2.4	Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial	26
2.5	Governança Multinível	29
2.6	Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.....	31
2.7	Saúde Mental no Amazonas.....	35
2.7.1	Contextualização da política de saúde mental do estado do Amazonas	40
3	METODOLOGIA.....	43
3.1	Tipo de estudo.....	43
3.2	Local do estudo	43
3.3	Sujeito do Estudo	45
3.4	Instrumento e Coleta de Dados	45
3.5	Análise dos Dados.....	46
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	Caracterização da Rede de Cuidados em Saúde Mental no Amazonas	49
4.1.1	Análise da percepção dos profissionais de saúde quanto às Redes de Atenção à Saúde	51
5	CONCLUSÃO.....	70
	REFERÊNCIAS	73
	ANEXOS	81
	ANEXO A – Entrevista Semiestruturada.....	82

ANEXO B – Questionário	87
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- <i>ON-LINE</i>	102
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO	106
ANEXO F – Termo de Sigilo e Confidencialidade	107

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é amplamente moldada pelos ambientes diários em que as pessoas vivem, e a sua promoção depende de ações amplas em vários setores, inclusive do Estado (Butcher, 2022). Para Zweifel (2022), o ônus da saúde mental tem duas facetas: social e psicológica. O estigma social faz que os indivíduos que suspeitam sofrer de uma condição mental a escondem, principalmente, ao procurar atendimento de um profissional não especializado disposto a diagnosticá-la como doença física. Dessa forma, o estigma social aumenta os custos direto e indireto da saúde mental.

De acordo com o Global Disease Burden Study (2010), os transtornos mentais e o abuso de substâncias foram responsáveis pela maior proporção (22,9%) de anos vividos com incapacidade. Esse padrão de carga de morbidade também existe no Brasil. Estudos indicam que os transtornos neuropsiquiátricos representaram a maior proporção de anos vividos com incapacidade, tanto no Brasil como um todo (34%) quanto no Nordeste (32,9%). Apesar do impacto oneroso na saúde da população, a saúde mental é menos estudada do que a saúde física (Bonadman, 2017).

O Brasil é o quarto país da América Latina com o maior crescimento anual de suicídios e ocupa o segundo lugar na região das Américas em termos absolutos. Há evidências de que o adoecimento mental está associado ao aumento da frequência e gravidade de outras doenças crônicas, ao crescimento do absenteísmo no trabalho e ao aumento das incapacidades. Essas evidências destacam a necessidade urgente de atenção e intervenção para esses agravos no país (Araujo, 2023).

No Brasil, a mudança do sistema manicomial é refletida nas diretrizes de saúde do país, que foram marcadas teórica e politicamente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Durante as últimas décadas, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem alternado entre períodos de intensa discussão e surgimento de novos serviços e programas em momentos de desaceleração desse processo. Historicamente, os anos 1980 e 1990 são considerados momentos importantes nas conversas sobre a reorganização do cuidado psiquiátrico no país (Hirdes, 2009).

Um evento histórico significativo para o setor de saúde mental, que impulsionou mudanças no Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Durante esse encontro, do qual o Brasil participou e foi signatário, foi promulgada a “Declaração de Caracas”. O documento compromete os países da América Latina, incluindo o Brasil, a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, a revisar criticamente o papel hegemônico e centralizador dos hospitais psiquiátricos e a garantir os direitos civis e a dignidade pessoal dos usuários, assim como proteger seus direitos humanos e facilitar sua permanência na comunidade (Costa, 2002).

De acordo com dados do Conselho Federal de Medicina divulgados pela Agência Brasil (2017), foram fechadas 15.845 unidades de internação psiquiátrica no Brasil nos últimos anos. Esse fechamento é reflexo da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 10.216/2001), que promoveu a transição do atendimento psiquiátrico para modelos mais integrados, priorizando os atendimentos ambulatorial e terapêutico e a prevenção da internação. A Reforma Psiquiátrica surgiu como resposta às críticas e denúncias sobre práticas de isolamento e exclusão no tratamento psiquiátrico (Farias, 2017).

De acordo com Trapé (2017), os serviços de saúde pública apresentam complexidade de especialidades que exigem ações coletivas para obterem resultados. Para essa ação conjunta, é necessário existir governança, isto é, um sistema de controles e incentivos dos modos de produção do serviço que é construído pelos próprios atores que executam essa tarefa (Borges, 2021).

Esse sistema tem o potencial de impulsionar o desenvolvimento territorial, demandando cooperação e parceria entre diversos atores. Ele é fundamentado nas escolhas de políticas públicas e considera as especificidades de cada território dentro de contextos democráticos. Para que as ações de intervenção sejam eficazes e atendam às agendas sociais regionais, é essencial operar dentro de redes de governança (Machado, 2017).

A governança pública procura estabelecer um novo modelo de interação entre o governo e a sociedade, visando a um diálogo mais efetivo e a obtenção de resultados tangíveis na prestação dos serviços públicos. No contexto da saúde, isso envolve a administração de redes de serviços, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e outras instituições responsáveis pela oferta de cuidados médicos (Almeida, 2022).

Para Teixeira (2022), a governança é relevante para diversos tipos de organizações, incluindo as públicas, pois seus princípios e ações buscam otimizar os resultados almejados por *stakeholders*, gestores e proprietários. Na administração pública, a assimetria de informações se manifesta entre os cidadãos (principais) e os gestores públicos (agentes).

Entre as teorias da governança está a busca em harmonizar tanto as dimensões da política pública quanto as da política, integrando e combinando diferentes estilos de governança com regimes democráticos e abordagens tecnocráticas. Os governos operam dentro de uma variedade de estilos de governança, que se manifestam tanto na esfera da política institucional quanto na política pública, e esses estilos podem variar de acordo com o tempo e o espaço. Em certo nível, isso implica a coexistência de diferentes estilos de políticas (como hierarquias, mercados e redes) e estilos políticos, que podem ser pluralistas, populistas (sejam democráticos ou autoritários) ou tecnocráticos (Palotti, 2023).

Especificamente no que diz respeito à governança pública, é essencial reconhecer a multifacetada e multidimensional natureza dos fenômenos que ela abrange. É preciso adotar instrumentos mais colaborativos que promovam transparência e integridade nas relações e operações. Isso exige um caminho que multiplique as estruturas de poder, permitindo a descentralização espacial das decisões (Godoi, 2020).

Especificamente, a governança multinível envolve explorar a maneira como poder, responsabilidades, riscos e recompensas são distribuídos entre os diversos atores participantes (Matos, 2013). Essencialmente, esse conceito se refere ao compartilhamento de autoridade e administração em contextos que favorecem a negociação dinâmica e flexível entre diferentes níveis de governo e outros agentes sociais, com o intuito de coordenar interesses coletivos. Isso demanda um constante equilíbrio entre autonomia, participação e regulação de múltiplos atores envolvidos (Henrich, 2016).

Nesse contexto, inconformidades institucionais podem afetar negativamente o bem-estar social e devem receber constante atenção do poder público, incluindo as atividades estatais, para reduzir, por exemplo, custos de transação, que são aqueles não diretamente relacionados à produção (Mira, 2023). Em relação às desigualdades, indicadores sobre a disponibilidade de serviços de saúde mental

destacam a magnitude das dificuldades no acesso aos serviços e revelam diferenças marcantes entre as grandes regiões do Brasil (Araujo, 2023).

Para Borges (2021), em busca de eficiência no atendimento das Políticas de Saúde Mental, o governo brasileiro criou um serviço denominado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para atender pessoas com problemas mentais crônicos. Idealmente, o CAPS foi criado para ser um Centro de ligação entre organizações, atuando na recepção, tratamento e recolocação dos pacientes no seu meio social e familiar.

De acordo com Zaheer e Venkatraman (1995), a governança relacional é fundamentada em elementos sociais, especialmente na confiança mútua entre os envolvidos, com o objetivo de solucionar questões do grupo, como conflitos de interesses e de incertezas relacionadas à demanda.

Para que a tarefa seja realizada de maneira eficaz são necessários mecanismos de funcionamento que possibilitem a ação coletiva, ajustados pelos participantes como a presença da governança relacional. Esses mecanismos são responsáveis por oferecer atendimento comunitário aos usuários com transtornos mentais nos 2.455 CAPS presentes no país. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2001 havia 295 Centros, o que representa uma expansão de 832% na oferta dos serviços, especialmente após o início da política pública de desinstitucionalização em 2002 (Farias, 2017).

No Brasil, o atraso na regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) reduziu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, exacerbando disputas entre municípios por recursos e impedindo a formação de uma rede interdependente e cooperativa. A falta de planejamento regional adequado para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades entre os entes subnacionais e enfraqueceu o papel das esferas estaduais, comprometendo a eficácia do sistema (Gomes, 2014).

De acordo com Stopa (2020), existem significativas disparidades entre as diferentes regiões de saúde do país, especialmente no Norte, onde 46% das regiões apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nessa região, verifica-se uma rede de serviços de saúde insuficiente e dificuldades na fixação de recursos humanos, especialmente nos municípios de menor porte. Os serviços de média e de alta complexidade estão concentrados nas capitais, o que prejudica a população que vive em áreas remotas.

Além disso, o repasse de recursos federais é consideravelmente inferior à média nacional *per capita*, e a infraestrutura sanitária é inadequada e pouco capaz de suprir as necessidades. A falta de institucionalidade e de continuidade nas políticas do governo federal, com pouca atenção às especificidades regionais, é outra questão enfrentada somada à capacidade restrita de gestão nos níveis municipais. A regionalização tem progredido lentamente, e há uma notável falta de projetos que promovam a integração tanto dentro quanto entre as regiões de saúde (Garnelo, 2017).

Em 2005, o Tribunal de Contas da União (TCU) publicou o documento “Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental”, destacando que o estado do Amazonas, com uma população de 2,8 milhões de habitantes, possuía 25 CAPS cadastrados. Em contraste, o estado do Rio Grande do Sul tinha a melhor relação de CAPS, com 0,66 para cada 100 mil habitantes, ainda considerada insuficiente. Adicionalmente, a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, realizada em novembro de 2005, destacou a crise manicomial, evidenciando que apenas 0,3% dos leitos eram oferecidos por um único hospital psiquiátrico para toda a população amazonense (Araujo, 2022).

No Amazonas, a Lei Estadual de Saúde Mental Nº 3.177 foi sancionada apenas em 2007. Contudo, até o momento essa legislação não conseguiu assegurar a implantação de um número suficiente de serviços substitutivos para atender à demanda em saúde mental, especialmente na capital, Manaus (Navarro, 2015).

A situação preocupante da saúde mental no estado do Amazonas vai de encontro à política de humanização da saúde. É evidente o preconceito de certos indivíduos que contribuem para a manutenção dessa realidade, mesmo diante dos esforços dos ativistas sociais e profissionais da área de saúde mental. Esses profissionais se empenham incansavelmente em compreender as dinâmicas de poder que justificam sua luta, visando à implementação efetiva das diretrizes legais para a saúde mental (Silva, 2013).

Esta pesquisa se justifica pela importância de explorar como a governança multinível articula a política pública. Estão sendo articuladas na política pública de saúde mental no estado do Amazonas, assim como os desafios encontrados na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação dessas políticas, identificando lacunas que existem no Sistema de Saúde Mental Estadual.

Evidencia as deficiências na estrutura, nos processos e nos mecanismos utilizados para a tomada de decisões e implementação de políticas. Evidencia também a coordenação e integração dos diversos atores e instituições envolvidos, em que se torna crucial explorar como estudos acadêmicos podem contribuir para o avanço da política de saúde mental no estado do Amazonas.

Esta pesquisa visa oferecer uma base empírica para a cidadania ativa e participativa, oferecendo uma contribuição teórica significativa sobre a governança em rede específica para a realidade do estado. De acordo com Barbosa (2019), um dos principais desafios enfrentados pelos CAPS atualmente é a sua integração efetiva com outros serviços e setores. Esse dispositivo funciona como lugar de referência e acolhida e é definido como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, mas não deve se colocar no lugar dele assumindo o mandato social pela loucura ou pela totalidade da vida de cada paciente.

Para isso, o CAPS precisa estar articulado com outros dispositivos capazes de atender às demandas da pessoa em sofrimento psíquico que englobam aspectos sociais, culturais, educacionais, entre outros, e oferecer suporte para que os demais serviços também desenvolvam ações no âmbito psicossocial (Miranda, 2014). Nesse sentido, o problema desta pesquisa pode ser descrito da seguinte forma: Como funciona a Governança Multinível na Rede de Política Pública de Saúde Mental do Estado do Amazonas?

Desse modo, o objetivo geral desta dissertação foi analisar o funcionamento da governança pública na Rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas, na perspectiva dos trabalhadores de saúde. Aprofundar o entendimento da governança na política de saúde mental permitirá identificar as estruturas e processos envolvidos, além dos principais atores responsáveis pela formulação e implementação das políticas em diferentes esferas de governo, desde o nível estadual até o local. Este estudo também poderá oferecer uma variedade de percepções sobre os desafios e as oportunidades que surgem nesse contexto de governança pública, além de destacar possíveis caminhos para melhorar a coordenação e a eficácia das ações voltadas à saúde mental.

O percurso desta pesquisa pode ser compreendido a partir dos seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar a política de saúde mental do estado do Amazonas.
- b) Examinar os elementos centrais na governança e articulação dos níveis de atenção à saúde mental no estado do Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde.
- c) Analisar a capacidade da governança de redes políticas de saúde mental no estado do Amazonas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Governança Pública

O termo "governança" é amplo e carregado de múltiplos significados, mas continua sendo visto como "esperança compartilhada por todos" (Gaudin, 2002, p. 14). Ele se refere a uma abordagem de ação na qual o estado se abre para a participação de diversos atores, que, com ideias, argumentos e necessidades variadas, buscam definir, implementar e alcançar metas coletivas. A governança representa uma forma de operacionalizar a ação pública, promovendo tanto o avanço democrático, por meio da participação nas decisões públicas, quanto a eficiência na gestão, mediante a implementação de políticas públicas. Segundo Gaudin (2002) e Hermet (2005), a ação pública, portanto, envolve tanto atores públicos quanto privados e ocorre por meio de uma tríade composta por agências de regulação, políticas contratuais e fóruns de debate público.

No entanto, o termo "governança" acabou sendo banalizado (Hermet, 2005). A celebração da governança por meio de acordos de cooperação e trabalho, por exemplo, transformou-se em verdadeira batalha contra a implementação de políticas públicas nacionais e obstáculo para a redistribuição econômica. Hermet também aponta para a falsa sensação de participação que a governança pode gerar. Muitas vezes, a necessidade de mudanças rápidas resulta na formulação de políticas e decisões centralizadas, em que apenas o estado participa, com a inclusão de alguns especialistas, mas sem promover participação ampla ou aprendizagem progressiva.

Nas últimas décadas, o Brasil conquistou avanços significativos que melhoraram o bem-estar da população, como a reforma monetária dos anos de 1990, que foi crucial para controlar a inflação; e a reforma fiscal no início dos anos de 2000, que estabeleceu as bases para uma gestão fiscal responsável. Esses avanços permitiram a obtenção de resultados sociais e econômicos positivos, como a redução das desigualdades e da pobreza, além do aumento da confiança na economia (Teixeira, 2019).

No contexto internacional, a crise do Welfare State, marcada pelo esgotamento fiscal e pela inadequação do modelo administrativo para enfrentar os desafios de um mundo cada vez mais globalizado e interconectado, levou à adoção

de uma nova administração pública voltada para a obtenção de melhores resultados para a sociedade (Matias, 2010).

Em seu ensaio sobre a genealogia da governança, Bevir (2011) discute a relação agente-principal no setor público, em que os cidadãos (principais) e os políticos ou gestores públicos (agentes) enfrentam um conflito de interesses:

Os cidadãos, sendo atores racionais, tentam maximizar seus interesses de curto prazo, privilegiando as políticas de bem-estar que os beneficiam como indivíduos, em vez dos efeitos de longo prazo, cumulativos e compartilhados resultantes do aumento dos gastos estatais. De maneira semelhante, os políticos, sendo atores racionais, tentam maximizar seus interesses eleitorais de curto prazo, promovendo políticas que obterão os votos dos cidadãos racionais, em vez de perseguir a responsabilidade fiscal (Bever, 2011, p. 106).

Na administração pública europeia, o conceito de governança surgiu, em parte, em resposta aos desafios gerenciais produzidos pela NPM. Nos países onde esse conceito pegou, a ênfase na terceirização, agencificação e devolução resultou em um setor público cada vez mais fragmentado. Isso, por sua vez, estimulou a necessidade de mecanismos institucionais que pudessem fornecer coordenação horizontal, para evitar a duplicação de esforços e criar sinergias (Rhodes, 1997).

Destarte, se a governança trata de orientar e direcionar a atuação, a descentralização de atividades tende a enfraquecer o papel da governança, pois, quanto mais descentralizado, menor será o controle sobre a gestão. Logo, a governança possui o caráter de direcionar os rumos e as metas e de influenciar os resultados das políticas públicas e prioridades empresariais e governamentais (Bovair, 2005).

A governança deve visar à “[...] melhora da capacidade de gerenciamento econômico e de prestação de serviços sociais”, ao “alcance de objetivos coletivos de uma sociedade” e organizar as transações em múltiplas dimensões, de modo a manter um relacionamento duradouro da organização com seus *stakeholders* (Silva, 2022).

No entanto, é preciso destacar que a governança pública corporativa não se confunde com o conceito de governança participativa. Essa última se caracteriza pela existência de espaços públicos que permitem a legitimação das escolhas públicas decorrentes da ação governamental, a partir da interação direta dos grupos ou redes de interesse na implementação da Política Pública (Miranda, 2017).

Assim, estritamente no âmbito da governança pública participativa, os cidadãos, como parte interessada, interagem para que o desempenho público no alcance de resultados pelos entes federados, estados e municípios seja otimizado. Sobre essa questão, Pessoa (2017) define a governança colaborativa como “[...] a system for providing direction to society”. No sentido de reforçar o papel institucional da governança, Teixeira (2019) afirma que, para que se alcance a boa governança, as instituições públicas devem assumir a responsabilidade pela salvaguarda dos valores públicos, além de fortalecer alguns aspectos essenciais, como: prestação de contas, transparência, resultados eficazes e eficientes, Estado de Direito e processos democráticos.

Assim, a governança participativa deve envolver tanto o exercício da autoridade quanto a incorporação dos interesses sociais na agenda governamental. Além disso, pode ser usada como ferramenta analítica para investigar e transformar os processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde, ajudando a descrever e explicar as interações entre atores, processos e regras, promovendo melhor compreensão das decisões sociais (Santos, 2022).

2.2 Governança na Saúde Pública no Brasil

Segundo Enjolras (2008), o interesse geral na governança pública da saúde não deve ser entendido como noção fixa ou absoluta, mas, sim, como uma construção social que muda ao longo do tempo e em diferentes contextos. Esse interesse abrange todos os membros da sociedade e não apenas os consumidores diretos de determinado bem ou serviço público. Um exemplo claro disso são os serviços de saúde, que são considerados de interesse geral, pois sua presença ou ausência tem impacto direto sobre os princípios fundamentais de uma comunidade específica.

No caso do Brasil, isso é representado pelo Artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2022).

Nas últimas décadas, as mudanças socioeconômicas levaram à reforma do Estado e de sua administração em vários países. A arena política tornou-se mais

diversificada devido à crescente pressão exercida por diferentes grupos de interesse, que argumentam que as práticas democráticas tradicionais já não conseguem resolver os problemas públicos enfrentados pela sociedade (Acemoglu, 2006).

No Brasil, ao longo das duas últimas décadas, ocorreu significativa reorientação da atenção ao indivíduo com transtorno mental, mediante a criação e ampliação de serviços de cuidado. Isso com a finalidade de substituir a lógica exclusivamente centrada na estrutura do hospital para um modelo de atenção psicossocial, diversificando as abordagens terapêuticas e criando novos espaços de atuação (Bermudez; Siqueira-Batista, 2017).

Nesse sentido, a governança é compreendida a partir de Lascoumes e Le Galès (2012), ou seja, enquanto gestão compartilhada. Um instrumento de coordenação de variados atores (público, privado, organizações da sociedade civil, outros) que, por meio de regras e em diferentes níveis decisórios, buscam construir coletivamente objetivos, metas e resultados voltados ao bem-estar da sociedade.

O processo de governança do SUS difere de um processo de governabilidade vertical, já que pressupõe a participação efetiva de diversos atores, governamentais e não governamentais, no debate e nas pactuações dos rumos da política. É ainda necessário, porém, um instrumento jurídico que intermedeie essas relações de instituir as escolhas coletivas e definir o papel de cada ente no processo de decisão e construção da política (Trapé, 2017).

O escopo político constitucional de direito à saúde, expresso no Sistema Único de Saúde (SUS), vem se constituindo por meio de estratégias envolvidas na ampliação das relações intergovernamentais. No entanto, pressupostos previstos constitucionalmente ainda não estão plenamente adequados ao cotidiano da gestão e dos serviços de saúde, como o princípio organizativo da regionalização, que impacta diretamente a estruturação de redes assistenciais e o acesso do usuário aos serviços (Almeida, 2014).

Nesse contexto, a criação dos Conselhos de Saúde facilitou a aproximação entre a população e as entidades governamentais, promovendo uma gestão mais democrática e participativa. No entanto, esses colegiados assumiram papel maior em termos de responsabilidade e transparência em relação à sociedade, que é a principal interessada na eficiência e eficácia das políticas públicas. Ademais, como instâncias intermediárias entre os cidadãos e o Estado brasileiro, cabe aos

Conselhos evitar a má gestão dos recursos públicos destinados à saúde. Para isso, é fundamental que mantenham em mente os princípios da governança como guia para esse importante exercício de participação social (Borges, 2020).

A administração pública tem sido convocada a repensar a sua gestão de modo a reavaliar os seus processos e resultados. Sob tal perspectiva, a nova gestão pública tem se pautado em uma gestão por resultados, buscando desenvolver melhores desempenhos, eficiência no emprego dos recursos públicos e incremento da *accountability* governamental (Abrucio, 2011).

Peters (1997) observa que, embora alguns estudiosos defendam a ideia de que o Estado está em declínio como provedor de serviços públicos, especialmente devido à ineficiência observada nos últimos anos, o governo ainda desempenha papel crucial na alocação de recursos para a sociedade, por meio de políticas públicas. Portanto, o debate central não gira em torno de se o estado ainda é ou não o provedor de bens e serviços públicos, mas, sim, sobre se os governos estaduais estão conseguindo alcançar os resultados desejados e o desempenho esperado na provisão desses serviços à sociedade. Nesse contexto, Alcântara, Pereira e Silva (2015) destacam que a governança pode ser orientada pelo desempenho e pela eficiência das entidades públicas.

É, portanto, a partir do desenho de novos arranjos institucionais voltados à governança que os estados buscam superar problemas de articulação – alguns deles criados pelas próprias reformas gerenciais. A perspectiva de governança democrática se torna, assim, uma configuração que reconhece a diversificação dos mecanismos de coordenação entre os atores em ambientes complexos e permite, dessa forma, aprofundar e aprimorar a produção de políticas públicas (Lotta, 2016).

A origem da governança está associada ao tempo em que as organizações deixaram de ser geridas por seus proprietários, passando à administração de terceiros e levando ao problema de agência entre proprietários e gestores (Brasil, 2014).

Assim, os interesses e os resultados desejados por diferentes *stakeholders*, muitas vezes, apresentavam divergências que precisavam ser alinhadas por meio de ações e procedimentos que aproximassem seus interesses, melhorassem o desempenho e os resultados da organização, reduzissem os conflitos e proporcionassem segurança para os proprietários. Nesse contexto, o referencial básico de governança pública do TCU, com base nos posicionamentos da

International Federation of Accountants (IFAC), estabelece princípios fundamentais que devem orientar a administração pública, como transparência, integridade e prestação de contas. Além disso, a boa governança é identificada como fator que promove a obtenção dos seguintes benefícios:

- a) Garantir a entrega de benefícios econômicos, sociais e ambientais para os cidadãos.
- b) Garantir que a organização seja, e pareça, responsável pelos cidadãos.
- c) Ter clareza acerca de quais são os produtos e serviços efetivamente prestados para cidadãos e usuários e manter o foco nesse propósito.
- d) Ser transparente, mantendo a sociedade informada acerca das decisões tomadas e dos riscos envolvidos.
- e) Possuir e utilizar informações de qualidade e mecanismos robustos de apoio às tomadas de decisão.
- f) Dialogar com a sociedade e prestar-lhe contas.
- g) Garantir a qualidade e efetividade dos serviços prestados aos cidadãos.
- h) Promover o desenvolvimento contínuo da liderança e dos colaboradores.
- i) Definir claramente processos, papéis, responsabilidades e limites de poder e de autoridade.
- j) Institucionalizar estruturas adequadas de governança.
- k) Selecionar a liderança, tendo por base aspectos como conhecimento, habilidades e atitudes (competências individuais).
- l) Avaliar o desempenho e conformidade da organização e da liderança, mantendo um balanceamento adequado entre eles.
- m) Garantir a existência de um sistema efetivo de gestão de riscos.
- n) Utilizar-se de controles internos para manter os riscos em níveis adequados e aceitáveis.
- o) Controlar as finanças de forma atenta, robusta e responsável.
- p) Prover aos cidadãos dados e informações de qualidade (confiáveis, tempestivas, relevantes e compreensíveis).

(Brasil, 2014, p. 14).

Nesse aspecto, a governança pública é fundamental para garantir a transparência, eficácia e responsabilidade das organizações na prestação de serviços para a sociedade. Por meio da promoção de benefícios econômicos, sociais

e ambientais, busca assegurar a qualidade e eficácia dos serviços, além de fomentar o desenvolvimento da liderança e dos colaboradores. Envolve, também, a gestão de riscos, controles internos, finanças responsáveis e a disponibilização de dados e informações de qualidade. Assim, contribui para uma gestão eficiente e transparente, fortalecendo a confiança e legitimidade das instituições perante a sociedade.

2.3 Governança de Redes

A governança da rede refere-se à maneira como uma rede é estruturada e organizada, incluindo seus mecanismos regulatórios e de tomada de decisão, com o objetivo de proteger os interesses dos membros e garantir que as normas estabelecidas sejam seguidas tanto pelos gestores quanto pelos participantes. Envolve a sistemática de funcionamento do arranjo cooperativo, incluindo processos decisórios, níveis de autonomia, métodos para resolver conflitos, mecanismos de controle e formas de participação nas decisões que regulamentam as atividades da rede. Esse conjunto de elementos é conhecido como o sistema de governança da rede (Theurl, 2005).

Conforme Roth (2012), os conceitos de Gestão de Rede e Governança de Rede representam dimensões distintas da análise de redes interorganizacionais, mas que estão interligadas. A gestão de rede é caracterizada pela flexibilidade e adaptação das práticas para atender às necessidades das estratégias coletivas. Em contraste, a governança de rede refere-se à estrutura e organização da rede, incluindo seus mecanismos regulatórios e de tomada de decisão. O objetivo da governança é garantir que os interesses dos participantes sejam considerados e assegurar que as normas estabelecidas sejam seguidas por gestores e participantes.

Para Brand (2015), a formação de redes interorganizacionais, visando à obtenção de soluções coletivas e de ganhos competitivos, vem recebendo crescente atenção nas últimas décadas. Observa-se a necessidade de definir regras e critérios para a tomada de decisão, responsabilidades, bem como limites de autonomia e de ação dos participantes. Tais definições correspondem ao exercício da governança. Considerando a importância da articulação em rede e da organização dos fluxos assistenciais, a regulação assistencial em saúde desponta no Brasil como potente

processo que possibilita viabilizar tais fluxos, com a finalidade de promover o acesso equânime e o cuidado integral dos cidadãos (Silva, 2021).

2.4 Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial

O conceito de redes na atenção à saúde não é recente e já está previsto na Constituição Federal, no Artigo 198, que estabelece que "as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)". As Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ser compreendidas como organização dinâmica e horizontal dos serviços, com o acesso como princípio fundamental e a Atenção Primária à Saúde como o centro de comunicação. Esse modelo permite oferecer atenção contínua e integral à população de um território específico. Muitos autores utilizam a imagem de que a rede deve se comprometer com a prestação de cuidados de saúde no momento certo, no local certo, com o custo certo e com a qualidade certa (Mapelli, 2015).

O conceito de Redes de Saúde (RAS) foi formalmente incorporado ao Sistema Único de Saúde por meio de dois instrumentos legais: o Documento Nº 4.279/10 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a organização das redes de saúde no âmbito do SUS; e os Decretos Nº 4.279/10 e Nº 7.508/11, do Presidente da República, que dispõe sobre as Leis Nº 7.508/11 e Nº 8.080/90. Nessa normativa, a RAS é descrita como estrutura organizacional que une ações e serviços de saúde com diferentes níveis de complexidade, utilizando sistemas de suportes técnico, logístico e gerencial para assegurar atenção integral. O Artigo 1º do Documento Nº 20 detalha que "a atenção integrada à saúde se inicia e se conclui dentro de uma rede de cuidado à saúde [...]" (Brasil, 2011a).

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a ideia de hierarquia (ou pirâmide) é substituída pelo conceito de poliarquia, e o sistema é organizado como uma rede horizontal de saúde, em que cada componente desempenha papel importante caracterizado por suas densidades tecnológicas. A RAS é estruturada em três elementos principais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde, com a atenção primária à saúde atuando como o núcleo de comunicação. O primeiro elemento reflete a essência da RAS e sua razão de ser, destacando que a atenção primária à saúde é responsável pela comunicação com a população. Isso indica que a coordenação ou gestão da base populacional da RAS só é eficaz se a

equipe de saúde estabelecer um processo de conhecimento e de relacionamento próximo com a população cadastrada, dividida em subpopulações a partir desse nível mais detalhado do sistema (Mendes, 2012).

O novo elemento, o arcabouço operacional, é constituído por cinco componentes: o meio de comunicação – a Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de reverência a voto secundários e terciários; os sistemas de aplauso (sistemas de aplausos diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de recomendação em voto); os sistemas logísticos (imagem eletrônica em voto, sistemas de entrada ajustado à reverência e sistemas de transe em voto); e o sistema de administração da RAS (Mendes, 2012).

O terceiro elemento fundamental das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é o modelo de atenção à saúde, que se refere à maneira como as ações de cuidado à saúde são organizadas em uma sociedade específica. Isso envolve a integração dos aspectos tecnológicos e assistenciais. O modelo de atenção à saúde representa a forma de organizar e articular os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde (Mendes, 2012).

Uma rede ou um componente temático das RAS pode ser dividido em sub-redes ou, mesmo, em linhas de cuidado, sem a preocupação da definição semântica. Por exemplo: as doenças crônicas, ainda que com componentes ou fatores de risco em comum, têm determinantes e necessidades propedêuticas e de tratamento próprias (Junior Helvecio, 2014).

A consolidação dos modelos assistenciais em saúde ocorre em âmbitos complementares e práticas profissionais que envolvem a adoção de novas tecnologias clínicas e o processo de formação dos profissionais institucionais, que se referem à criação de novos serviços e às práticas de gestão e sistêmicas que englobam o arcabouço legal, a governança, o financiamento e os métodos de avaliação e controle. A relação entre esses âmbitos é flexível, com mudanças organizativas no nível sistêmico, impactando o cotidiano dos serviços e a realidade das unidades, que influenciam o modelo predominante. Isso pode ocorrer por meio de consensos entre os atores envolvidos ou pela influência de grupos de interesse no processo político e decisório (Trapé; Campos, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011, no âmbito do SUS, com a premissa de rede de atenção à saúde temática, na qual se propõe a

reorganização do modelo de atenção à saúde mental, com foco na atenção comunitária, participação social e ênfase na atenção ao usuário de *crack*, álcool e outras drogas, com base em um modelo de gestão regional. Essas diretrizes têm caráter estratégico para superação da fragmentação da atenção e da gestão, a fim de avançar no processo de integração, superando lacunas na conformação dos serviços de saúde que comprometem o acesso a uma atenção à saúde num contexto de integralidade (Trapé; Campos, 2017).

Dessa forma, para efetivação de uma rede de cuidados em saúde mental com um novo modelo assistencial, alguns desafios ainda estão sendo enfrentados. O primeiro deles é a superação da ideia que reduz o processo de mudança na atenção em saúde mental como mera reestruturação de serviços. Tais serviços precisam ser reconhecidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, quando se coloca a doença entre parênteses e se depara com um sujeito inserido num contexto dinâmico, ampliando, assim, a noção de integralidade no campo da saúde mental e na atenção psicossocial (Amarante, 2011).

O conteúdo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) revela uma clara intenção de modificar a lógica das internações. A RAPS define os "hospitais de referência" como pontos de atenção e enfatiza a necessidade de cumprir a Lei Nº 10.216. Além disso, busca estipular o tempo de internação como de curta duração. Essa política reflete a intenção de promover o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos, permitindo que eles coexistam com a RAPS apenas em áreas onde o processo de implementação ainda não está completo (Trapé; Campos, 2017).

A necessidade de uma atenção em rede emerge justamente em virtude do hospital psiquiátrico e do fato de que as práticas nele conduzidas deixam de ser suficientes para dar conta das demandas produzidas no processo de produção de saúde, as quais necessitam de articulações tanto intrassetoriais – serviços e ações de saúde dos diferentes níveis de atenção – quanto intersetoriais – moradia, trabalho, cultura (Zambenedetti, 2009).

Alves (2009) destaca que o dispositivo estratégico mais eficaz para substituir os hospitais psiquiátricos tem sido os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses Centros, sendo serviços de base comunitária, devem seguir os princípios de acessibilidade e qualidade. Por serem comunitários, estão inseridos em uma cultura

específica e em um território definido, lidando com os problemas e potencialidades locais. As "crises" devem ser abordadas nesse contexto, pois geralmente resultam de fatores individuais, familiares, do ambiente de trabalho e, indiscutivelmente, do meio social em que o indivíduo está inserido.

2.5 Governança Multinível

A noção de Governança Multinível (GMN) surgiu no contexto da análise das políticas regionais na União Europeia. Ela ganhou relevância devido à dimensão das políticas supranacionais, que estão associadas a processos de descentralização e a programas de apoio ao desenvolvimento nas novas regiões europeias, especialmente com a implementação dos fundos estruturais (Sabourin, 2017).

Armitage (2008) propõe a aplicação do modelo da "nova governança" aos recursos comuns, com foco especial nos fatores multiníveis de mudança e de degradação desses recursos. A proposta envolve identificar atributos normativos de gestão dos recursos em um mundo multinível, integrando contribuições da ecologia política para caracterizar a racionalidade econômica que orienta a emergência dos atributos da governança (Sabourin, 2017).

De acordo com Georges (2005), a Governança Multinível (GMN) pode ser entendida como “um processo de tomada de decisão complexo e com várias camadas que se desenvolvem tanto abaixo quanto acima do Estado”. Sob essa perspectiva, a GMN surgiu como teoria para abordar a complexidade das políticas públicas na Europa, sendo amplamente discutida na literatura da ciência política. Além disso, o conceito de GMN foi adaptado para contextos fora da Europa, incluindo interpretações diferentes, como a governança em um mundo multinível (Armitage, 2007).

Para Mediotte (2023), a Governança Multinível engloba a provisão de serviços coletivos públicos em várias arenas, tanto dentro quanto entre governos locais, nacionais e supranacionais, ocorrendo simultaneamente. O mundo socioinstitucional atual é, portanto, constituído por múltiplos níveis de governança que se sobrepõem em diversas escalas. Assim, a Governança Multinível descreve a descentralização da autoridade a partir do estado central (Marks, 1993).

Esse tipo de governança compreende um arranjo no qual as instituições se relacionam em múltiplos níveis (global, regional, nacional, estadual e local, por exemplo), em áreas distintas (interdependentes), mas sobrepostas (aninhadas), com

participação e articulação inclusiva (e não exclusiva) e descentralizada de atores estatais e não estatais na tomada de decisão da gestão (Assis, 2022).

Conforme Henrichs (2016), a complexidade das relações sociais e intergovernamentais no cenário contemporâneo tornou as teorias clássicas inadequadas para explicar o inter-relacionamento na extensão necessária. A teoria da Governança Multinível oferece uma nova perspectiva para compreender essas relações em diversos níveis, tanto governamentais quanto não governamentais, especialmente ao considerar o prisma endógeno, que se baseia nas dinâmicas locais e regionais.

A governança multinível pode ser compreendida como lente teórica adequada para abordar a governança dos territórios, porque: (i) Gere melhor os impactos territoriais em várias escalas, provocados por externalidades multiescalares, desde a escala mundo (p. ex.: alterações climáticas ou tendências da economia global) até a escala local (p. ex.: serviços urbanos ou novas necessidades da comunidade); (ii) Reflete a diversidade de interesses dos cidadãos; (iii) Facilita compromissos políticos mais credíveis; e (v) Fomenta a inovação e experimentação no campo das políticas públicas (Castro, 2015). Os modelos de governança multinível são abordagens que descrevem como diferentes níveis de governo interagem na formulação e implementação de políticas públicas. Em particular, os **Modelos Tipo 1** e **Tipo 2** representam duas formas distintas de organização e colaboração entre esses níveis (Quadro1).

Quadro 1 – Modelos de governança multinível

Tipo I	Tipo II
- Dispersão de jurisdições por um número reduzido de níveis, suportados por instituições representativas, e responsáveis por funções diversas. As instituições têm fronteiras e competências bem definidas e sem sobreposições (entre níveis e dentro do próprio nível), sendo a gestão de conflitos internalizada. O referencial é um território de uma escala específica. Em cada escala territorial existe apenas uma entidade relevante que gere determinada função ou serviço. Este tipo de governança é (pretende-se que seja), estável a longo prazo, embora haja flexibilidade na distribuição de competências entre níveis. -Baseado na relação entre o governo central e os organismos sub-nacionais, numa abordagem sistêmica e limitada nas escalas de abordagem.	- Estruturas de governança mais especializadas e focadas em funções/serviços específicos, traduzindo maior flexibilidade. A escala de atuação varia consoante o problema, mas privilegia o organismo que melhor internaliza os benefícios e custos de um determinado bem ou serviço público. A interseção entre as estruturas é grande, não havendo limite no número de escalas de jurisdição. Estas estruturas nascem e desaparecem consoante as necessidades específicas de governança. - As estruturas de governança são menos rígidas, fomentando uma abordagem ao nível de um “território funcional”, não necessariamente circunscrito às fronteiras administrativas. - As parcerias público-privadas (também existentes no tipo I) são aqui mais comuns.

Fonte: Castro, 2015.

Refere-se, ainda, a um modelo de organização política e administrativa que envolve múltiplos níveis de governo, desde o local até o nacional ou, mesmo, internacional, trabalhando em conjunto para abordar questões complexas que transcendem fronteiras administrativas. Segundo Clementino (2019), governança multinível pode ser definida como "um arranjo institucional que envolve a interação e a coordenação entre diferentes níveis de governo, bem como com atores não estatais, para resolver problemas coletivos e promover o desenvolvimento sustentável".

No contexto brasileiro, a governança multinível é particularmente relevante devido à descentralização administrativa e à autonomia dos estados e dos municípios na gestão de políticas públicas. No caso do estado do Amazonas, por exemplo, a implementação de políticas de conservação ambiental na Amazônia pode envolver a colaboração de governos municipal, estadual e federal, além de organizações da sociedade civil e de comunidades locais.

Conforme destacado por Bichir (2018), governança multinível refere-se "à coordenação, interação e integração de diferentes níveis de governo em resposta a problemas que ultrapassam fronteiras administrativas".

A eficácia da governança multinível depende da capacidade de coordenar interesses diversos, promover a participação democrática e garantir a coerência entre as diferentes escalas de governança. Isso requer mecanismos eficazes de cooperação, de negociação e de monitoramento entre os diversos atores envolvidos.

De maneira geral, os estudos de governança têm sido bastante críticos quanto à capacidade do sistema institucional de se autorregular, ou seja, de se adaptar às mudanças sociais sem orientação externa. Ao contrário, esses estudos indicam que é necessário tornar o sistema mais aberto às demandas por maior participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão (Neves, 2024).

2.6 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica

A atenção à saúde mental tem sido cada vez mais integrada às discussões sobre a construção de políticas públicas. Em um contexto de rede complexa que inclui ações tanto para urgência e crise quanto para prevenção e promoção da saúde, é crucial que os trabalhadores da área tenham acesso a uma compreensão

mais ampla da governança. Isso é necessário para fortalecer a rede local e, por conseguinte, a Política Nacional de Saúde Mental (Ribeiro, 2018).

Historicamente, acontecimentos relevantes contribuíram para a construção desse novo panorama, entre eles se destaca o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se fortaleceu no final da década de 1970, acompanhando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que buscava o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. O movimento em busca de mudanças no cuidado aos indivíduos com transtornos mentais surge para apontar os problemas do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão desses indivíduos em todo o país (Caetano, 2011).

O modelo brasileiro de saúde mental, que começou a ser estruturado na década de 1980 com a inspiração em uma experiência italiana, ganhou impulso significativo com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Nº 10.216, em 2001. Essa lei estabeleceu a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada composta por núcleos de atendimento, redes de apoio e hospitais-dia. Desde então surgiram diversas críticas, incluindo a lentidão na instalação da rede extra-hospitalar, a ampliação da rede de assistência e o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o que resultou na desassistência dos serviços (Navarro, 2015).

Ao longo das últimas décadas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) obteve diversas conquistas, como a criação e expansão dos serviços comunitários de saúde mental no país, a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e a promulgação da Lei Nº 10.216. Essa lei estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais e orienta a política de saúde mental no país, tendo como objetivo principal promover o respeito à dignidade, à autonomia e aos direitos das pessoas com transtornos mentais. A lei busca, ainda, garantir a sua integração social e comunitária, bem como o acesso a tratamentos humanizados e de qualidade. Em resumo, a Lei Nº 10.216 é um marco na política de saúde mental no Brasil, buscando a desinstitucionalização e a humanização do tratamento de pessoas com transtornos mentais, garantindo seus direitos e promovendo sua inclusão na sociedade (Couto, 2007).

Outro marco foi a atuação de Nise da Silveira no âmbito da Psiquiatria, líder na promoção de tratamentos humanizados e ativista contra abusos nos hospitais

psiquiátricos. Ela trouxe inovações terapêuticas ao introduzir a interação entre pacientes e animais de estimação, como também o uso de expressões artísticas como meios de terapia (Frayze, 2003).

A Reforma Psiquiátrica destacou a necessidade de reavaliar a assistência aos indivíduos com sofrimento mental. Embora muitos avanços venham sendo feitos nos últimos anos e os serviços substitutivos tenham sido implantados, eles ainda são insuficientes para atender às demandas do país. Esse desafio não apenas envolve o planejamento da rede de serviços, mas também abrange a construção de espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, além da articulação e integralidade dos serviços. É essencial considerar as particularidades dos usuários de saúde mental para enfrentar essas questões (Ribeiro, 2018).

Entre seus numerosos desafios, há autores que destacam a incorporação efetiva das ações de saúde mental na atenção básica, a formação de recursos para garantia da qualidade dos serviços substitutivos e o estabelecimento de critérios de avaliação da efetividade das atividades terapêuticas (Bezerra Jr., 2007).

De acordo com esse autor, a Reforma Psiquiátrica, por ser uma política pública de mudança de paradigma, desdobra-se em diversos planos: assistencial, jurídico, político e sociocultural. Sobre o plano assistencial, esse autor chama a atenção para a necessidade de se pensar sobre formas inovadoras de organizar o cuidado, além de modelos de intervenção que possam se adequar aos novos dispositivos, indo além da clínica tradicional. Como uma das dimensões do plano assistencial, a clínica precisa avançar no sentido da elaboração de dispositivos teóricos e de ações “que ao mesmo tempo retenham o horizonte fundamental da clínica (a ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito) e amplie o alcance da rede” (Bezerra Jr., p. 244).

O ano 2021 marcou duas décadas da promulgação da Lei Federal Nº 10.216/01, conhecida como Lei Paulo Delgado, que consolidou legalmente a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Essa lei, fruto do movimento antimanicomial iniciado na década de 1970, destacou a inadequação dos hospitais psiquiátricos, que funcionavam apenas como instituições exclusivas, excludentes e carcerárias no tratamento de pessoas com sofrimento mental. Essa lei recebeu amplo apoio de usuários, familiares e profissionais comprometidos com o conceito de saúde mental, que continuam a lutar pela plena garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade brasileira (Pitta, 2019).

Ao portador de transtorno mental, a internação de longa permanência em hospital psiquiátrico deixou de ser o padrão de referência na esfera pública. A Lei de Reforma Psiquiátrica determina que a internação seja indicada apenas quando esgotados os recursos extra-hospitalares, em especial o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), referência comunitária e territorial para a assistência em saúde mental em substituição ao modelo asilar de tratamento (Silva, 2021).

Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a concepção de hierarquia (piramidal) é substituída pela poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, quando todos os componentes da rede são importantes e se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam. As RAS são compostas de três elementos fundamentais – população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde – e tem como seu centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (Mendes, 2012).

O primeiro elemento traz a característica primordial da RAS e sua razão de ser, contendo em sua concepção na Atenção Primária à Saúde a responsabilidade de articular-se com a população. Isso implica o fato de não ser possível falar de uma função coordenadora das RAS ou em gestão de base populacional se não ocorrer, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida (Mendes, 2012).

Desde 2001, o modelo de assistência à saúde mental, anteriormente restrito aos hospitais psiquiátricos, foi substituído por serviços de base territorial. Essa mudança envolveu vários aspectos: o financiamento de leitos em hospitais gerais, a limitação do tempo de internação ao estritamente necessário, o auxílio na reabilitação psicossocial para usuários egressos de internações prolongadas e a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estabelecida pela Portaria MS/GM Nº 3.088/2011, a RAPS cria um sistema legal para esses serviços, reestruturando a atenção psicossocial com abordagem mais ampla, que inclui serviços de saúde comunitários integrados ao contexto social e acessíveis à população dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (Clementino, 2019).

A RAPS organiza-se em sete componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Hospitalar, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Residencial Transitória, Estratégias de Desinstitucionalização e

Reabilitação Psicossocial, nos quais estão dispostos serviços como as Unidades de Saúde da Família (USF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos hospitalares de atenção integral e outros (Silva, 2021).

No contexto da RAPS é clara a intenção de transformar a abordagem das internações. A RAPS define os “hospitais de referência” como pontos de atenção específicos e estabelece diretrizes para cumprir a Lei Nº 10.216, visando reduzir o tempo de internação para períodos mais curtos. A proposta inclui o fechamento gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, permitindo que esses leitos coexistam com a RAPS apenas em áreas onde a implementação da rede não está completa. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são fundamentais na estrutura das RAPS, atuando como parceiros essenciais para os projetos e organizadores do fluxo assistencial para o nível hospitalar (Trapé, 2017).

2.7 Saúde Mental no Amazonas

A governança na saúde envolve a distribuição de responsabilidades entre os governos federal, estadual e municipal. O governo federal é responsável pela formulação de diretrizes e políticas nacionais, além do financiamento e regulação dos serviços de saúde. Já os estados coordenam a implementação dessas políticas, supervisionando a aplicação em seus territórios e garantindo a oferta de serviços de média e alta complexidade, como hospitais psiquiátricos. Segundo Matos (2013), “a governança multinível assegura a participação coordenada dos diferentes níveis de governo, promovendo a eficiência das políticas públicas”.

Por sua vez, os municípios são responsáveis pela execução direta das políticas, assegurando que a população tenha acesso aos serviços de saúde, especialmente no nível da atenção primária e de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, são encarregados de articular a participação social, permitindo que a comunidade atue no controle e fiscalização das políticas de saúde. Henrichs (2016) destaca que “os municípios desempenham um papel crucial na prestação de serviços e na proximidade com a população, facilitando o controle social e a efetividade das políticas”.

Os serviços de saúde mental oferecidos no estado do Amazonas são estruturados para atender diferentes níveis de gravidade e demanda da população.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são o principal ponto de apoio para casos de transtornos mentais graves, proporcionando não apenas atendimento clínico, mas também atividades terapêuticas e integração social, conforme destacado pelo Ministério da Saúde (2020). Outro importante serviço são os ambulatorios de saúde mental, que oferecem acompanhamento psicossocial para casos menos severos.

Além disso, o estado conta com Unidades de Internação Psiquiátrica em hospitais gerais, permitindo atendimento mais humanizado e com menor estigma em relação aos hospitais psiquiátricos tradicionais (Quadro 2) (Oliveira, 2018). Por fim, as Residências Terapêuticas representam um avanço na reintegração social de pacientes que passaram longos períodos internados, fornecendo um espaço de convivência assistida para que possam se reabilitar e voltar ao convívio social (Costa, 2017).

Quadro 2 – Serviços de Saúde mental ofertados no Amazonas

Autor	Local de Atendimento	Serviço de saúde
Ministério da Saúde (2020)	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Espaços que oferecem atendimento especializado para transtornos mentais severos, focando a reinserção social.
Brasil (2019)	Ambulatórios de Saúde Mental	Unidades que realizam o acompanhamento clínico de transtornos leves e moderados, com suporte psicoterapêutico.
Oliveira (2018)	Unidades de Internação Psiquiátrica	Integração de serviços psiquiátricos em hospitais gerais, visando a um tratamento mais humanizado e menos segregador.
Costa (2017)	Residências Terapêuticas	Moradias assistidas para pacientes ex-internos de hospitais psiquiátricos, oferecendo suporte para a reintegração social.

Fonte: Autor, 2024.

No Amazonas, todas as regiões de saúde têm a presença dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), concentrando-se no estado a maior população indígena do país, com demandas e necessidades diferentes. Esses povos são um desafio para as redes de atenção à saúde, que devem guardar sua conformação e sua organização em espaços protegidos, os quais não foram com o viés colonizador ligado a cultura, singularidade e especificidades dessas populações. Pensamos isso, especialmente, para a RAPS (Amazonas, 2024).

Quando se deu o movimento de criação das regiões de saúde havia, na legislação, exigência de contiguidade entre os municípios, o que é impossível para o território do Amazonas, com grandes vazios assistenciais e, ainda, a concentração da maior densidade demográfica na capital, Manaus, onde habitam 52,6% da população estadual. As características do estado e a dificuldade de descentralização de recursos humanos, materiais e tecnológicos até hoje são expressas na concentração de toda a oferta de alta complexidade em Manaus, sendo esse também um grande desafio para a RAPS. A capital ainda absorve a necessidade de quase todos os especialistas do estado, tendo-se conseguido capilarizar em pequena escala (Amazonas, 2024).

Na busca de eficiência ao atendimento, o governo brasileiro criou um serviço denominado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para atender pessoas com problemas mentais crônicos. Idealmente, o CAPS foi criado para ser um Centro de ligação entre organizações, na recepção, tratamento e recolocação dos pacientes no seu meio social e familiar. Para que essa tarefa se realize são necessários mecanismos de funcionamento de ação coletiva, ajustados pelos participantes, ou seja, a presença da governança relacional (Borges, 2021).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são atualmente as menores instituições dedicadas à saúde mental. Eles desempenham papel crucial na vida das pessoas com sofrimento mental, oferecendo espaço onde os pacientes podem expressar sua individualidade, se engajar socialmente e buscar a melhoria de sua qualidade de vida. Os CAPS proporcionam suporte para a cidadania e a reabilitação psicossocial, permitindo que os usuários trabalhem em direção ao retorno à vida comunitária e ao fortalecimento de suas capacidades (Silva, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como os primeiros dispositivos substitutivos dos manicômios, instituídos a partir de 1987, com função estratégica e organizacional no território. Para os usuários, os CAPS representaram um caminho em direção à liberdade, à dignidade e ao resgate da cidadania. Esses centros abriram as portas para o tratamento dentro do território correspondente, promovendo uma abordagem conjunta e corresponsável. Além disso, os CAPS dedicaram-se a desenvolver a autonomia dos pacientes por meio da desinstitucionalização, cuidado integral interprofissional e estratégias de reabilitação psicossocial. Assim, os CAPS alinham-se aos anseios e preceitos reformistas psiquiátricos que continuam em desenvolvimento (Amarante, 2011).

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2002) e da Fiocruz (2013), existem diversas modalidades de CAPS e especialidades de atendimentos diferentes, sendo conhecidos como CAPS I, II, III, CAPS i e CAPS AD e CAPS AD III. Esses Centros de Atenção Psicossocial são serviços de saúde mental que têm como objetivo oferecer atendimento aos indivíduos que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, conforme descrito no Quadro 3.

Segundo Ribeiro (2017), o novo modelo de atenção ao portador de sofrimento mental redireciona o cuidado para uma abordagem centrada na comunidade e no território. Nesse contexto, a compreensão da rede como estrutura de governança torna-se essencial. Participar de uma rede de atenção à saúde em um município específico permite potencializar essa rede e usufruir os benefícios que ela proporciona. Esses benefícios incluem a racionalização de recursos, o aumento do valor dos recursos, a redução de custos e a melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde.

Quadro 3 – Modalidades e funções dos CAPS

Modalidade de CAPS	População-alvo	Funções
CAPS I	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes em cidades com população entre 20 mil e 70 mil habitantes.	– Atendimento diário. – Atendimento em regime de hospital-dia. – Atividades terapêuticas individuais e em grupo. – Inclusão social e reabilitação psicossocial. – Acompanhamento das famílias.
CAPS II	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes em cidades com população acima de 70 mil habitantes.	– Todas as funções do CAPS I. – Capacidade para atender maior demanda. – Ampliação das atividades terapêuticas.
CAPS III	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes, com funcionamento 24 horas, em cidades com população acima de 200 mil habitantes.	– Todas as funções do CAPS II. – Atendimento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados. - Serviços de acolhimento noturno e observação contínua. – Possibilidade de internação de curta duração.
CAPSi	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes.	– Atendimento diário. – Atividades terapêuticas individuais e em grupo. – Inclusão escolar e social – Acompanhamento familiar e orientação aos pais. – Ações de prevenção e promoção da saúde mental.
CAPSad	Pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas.	– Atendimento diário. – Acolhimento e desintoxicação ambulatorial. – Atividades terapêuticas individuais e em grupo. – Reinserção social e laboral. – Acompanhamento familiar e orientação. – Parceria com serviços de saúde, assistência social e justiça.
CAPS III AD	Pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas.	– Todas as funções do CAPSad. – Atendimento 24 horas. – Acolhimento noturno e observação contínua. – Possibilidade de internação de curta duração.
CAPSiJ	Jovens e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo o uso de álcool e de outras drogas.	– Atendimento diário. – Atividades terapêuticas individuais e em grupo. – Inclusão escolar e social. – Acompanhamento familiar e orientação. – Ações de prevenção e promoção da saúde mental específica para jovens.

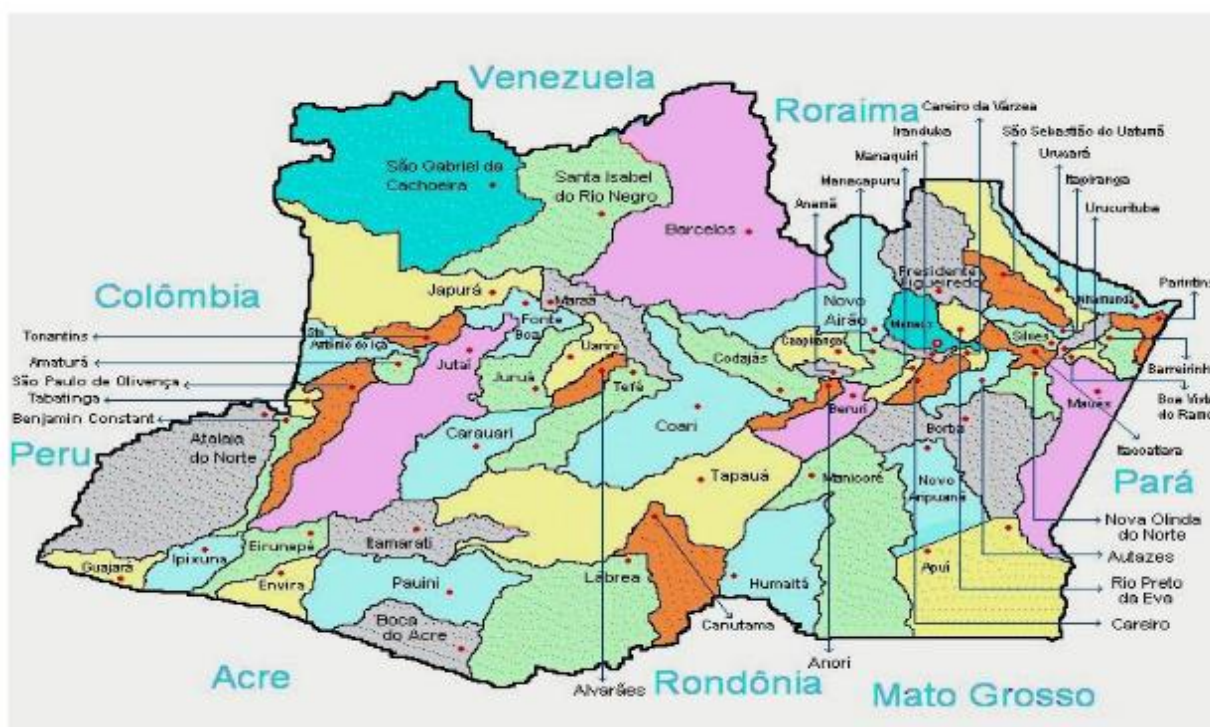
Fonte: Elaboração o autor (2024).

2.7.1 Contextualização da política de saúde mental do estado do Amazonas

O estado do Amazonas, situado no Norte do Brasil, é reconhecido pela sua vasta extensão territorial e pela extraordinária biodiversidade da Amazônia, a maior floresta tropical do mundo. De acordo com Almeida (2018), o Amazonas é descrito como "um estado marcado pela exuberância da sua natureza e pela diversidade cultural dos seus povos indígenas". Além da sua importância ambiental, o estado possui economia historicamente baseada na exploração de recursos naturais, incluindo a extração de madeira e a indústria de mineração, embora esforços estejam sendo feitos para promover o desenvolvimento sustentável e o ecoturismo.

O Amazonas é um dos sete estados que compõem a Região Norte do Brasil e faz parte do bioma Amazônia. Ele também integra a Amazônia Legal, uma região que inclui, além do Amazonas, os estados do Amapá, Acre, Tocantins, Rondônia, Roraima e Pará, bem como o Norte de Mato Grosso e o Oeste do Maranhão. Situado no centro da Região Norte, o Amazonas é delimitado por várias fronteiras, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Estado do Amazonas



Fonte: Amazonas, 2023.

A população do Amazonas registrou crescimento de 1,6% entre 2018 e 2019, alcançando 4.144.597 habitantes, de acordo com estimativas do IBGE. Manaus, a capital, é o município mais populoso, com 2.182.763 habitantes, seguido por Parintins (114.273 habitantes), Itacoatiara (101.337), Manacapuru (97.377) e Coari (85.097). Em contraste, os municípios com menor população são Japurá, com 2.755 habitantes; Itamarati, com 7.851 habitantes; e Itapiranga, com 9.148 habitantes. Japurá também registrou a menor taxa de crescimento populacional do estado (-15,6%), seguido por Fonte Boa (-3,4%) e Jutai (-3,0%). Ao todo, oito municípios do Amazonas apresentaram taxa de crescimento negativa, indicando perda populacional em 2019 (Amazonas, 2023).

A região amazônica, incluindo o estado do Amazonas, enfrenta um desafio complexo e crucial: equilibrar o desenvolvimento econômico com a conservação ambiental. Esse equilíbrio não pode ser alcançado simplesmente replicando os modelos econômicos, como a Zona Franca de Manaus e o seu Polo Industrial. É necessário explorar novas abordagens que promovam desenvolvimento sustentável, capaz de gerar renda e qualidade de vida para as populações locais sem comprometer a biodiversidade única da região.

O estado do Amazonas, com sua vasta extensão territorial e riqueza natural, deve buscar alternativas que valorizem seus recursos de forma sustentável. Isso inclui não apenas a promoção de setores como o ecoturismo, que aproveita os benefícios da natureza sem degradá-la, mas também o incentivo à economia local em áreas mais remotas do estado. A interiorização econômica pode reduzir as disparidades socioeconômicas ao mesmo tempo que fortalece as comunidades locais e preserva o meio ambiente (Willerding, 2020).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Amazonas teve início no final dos anos de 1970, liderado por um grupo de psiquiatras e profissionais do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro. Inspirados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, esses profissionais buscaram promover a "humanização do atendimento e a melhoria das condições de infraestrutura" (Navarro, 2017). Observado no processo de mudanças administrativas e de humanização do atendimento oferecido, tinha como marco o trabalho agropecuário desenvolvido com os internos. Esse trabalho propiciou a abertura para o diálogo com a comunidade, por meio da comercialização dos produtos, permitindo, assim, a desconstrução do olhar sobre o louco (Barbosa, 2019).

Em 4 de novembro de 2003, a Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas foi aprovada pela Resolução CES Nº 37 do Conselho Estadual de Saúde/AM. No entanto, o cenário manicomial no estado apresentou poucas mudanças em relação às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Amazonas foi implementado apenas em 2005, no município de Parintins, seguido pela capital Manaus em 2006. O processo de desospitalização das instituições asilares não avançou como esperado, principalmente devido à falta de uma rede substitutiva adequada, com destaque para a insuficiência de CAPS (Araujo, 2023).

No Amazonas, torna-se evidente a necessidade de expandir a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para todo o território nacional e investir em políticas que melhorem tanto as estruturas físicas quanto o quadro de profissionais que atuam nesses Centros. Isso destaca a importância de seguir rigorosamente as diretrizes e a legislação que estabelecem o número ideal de profissionais necessários para atender à alta demanda nos CAPS, ressaltando a necessidade de uma gestão eficaz (Júnior Enarne, 2022).

A Reforma Psiquiátrica representa um movimento político que visa à inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, é responsabilidade dos governantes, profissionais de saúde e da sociedade desempenhar papéis distintos: gestão, execução e monitoramento dos serviços de saúde pública, respectivamente, por meio do controle social. Essas ações conjuntas têm o potencial de guiar mudanças significativas no campo da saúde mental nos municípios do estado do Amazonas (Aquino, 2023).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma investigação com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, com o objetivo de observar, registrar e descrever os fenômenos relacionados aos elementos de governança multinível na Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas.

De acordo com Botelho (2013), a pesquisa descritiva tem como objetivo detalhar as características de uma população ou fenômeno específico, além de buscar estabelecer relações entre diferentes variáveis. Para isso, utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários e observações sistemáticas, geralmente adotando a forma de levantamento.

Buscou-se compreender as particularidades da Governança Pública, um conceito que é polissêmico e multifatorial. De acordo com Klijn (2012), a realização de estudos que exploram as especificidades das políticas públicas é especialmente útil para abordar temas que apresentam grande dispersão conceitual. Esse autor argumenta que a formulação de teorias muito abrangentes frequentemente resulta em generalizações excessivas e imprecisões conceituais.

A perspectiva de Governança Pública possibilita a análise e compreensão dos arranjos institucionais de produção de política pública que englobam múltiplos atores. Nesse contexto, este estudo se baseou em seus fundamentos e aplicações de compreensão dos modelos de governança de rede local, suas abordagens e discussões (Calmon, 2020), explorando a falta de integração, a imaturidade e os desafios enfrentados pelas redes e sua governança. Utilizando modelo de governança multinível, é possível identificar a análise das redes, além de destacar suas lacunas, fragilidades e limitações (Costa, 2022).

3.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido no estado do Amazonas, especificamente nas Unidades de Saúde Mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de 24 municípios (Quadro 4).

Quadro 4 – Municípios participantes e respectivos CAPS

Municípios e coordenadores da RAPS	Tipologia dos CAPS	Municípios que participaram da pesquisa e responderam ao questionário <i>on-line</i>	Coordenadores da RAPS que participaram da pesquisa e responderam ao questionário <i>on-line</i>	Coordenadores que participaram da entrevista	Total de CAPS por municípios
Autazes	CAPS I	X			1
Apuí	CAPS I	X			1
Borba	CAPS I	X			1
Careiro	CAPS I				1
Coari	CAPS I	X			1
Codajas	CAPS I	X			1
Eirunepé	CAPS I	X			1
Guajará	CAPS I	X			1
Humaita	CAPS I				1
Iranduba	CAPS I	X			1
Itacoatiara	CAPS II	X			1
Lábrea	CAPS I	X			1
Manaquiri	CAPS I	X			1
Manicoré	CAPS I	X			1
Maués	CAPS I	X			1
Nova Olinda do Norte	CAPS I	X			1
Novo Aripuanã	CAPS I	X			1
Parintins	CAPS AD, CAPS II	X			2
Presidente Figueiredo	CAPS I	X			1
Rio Preto da Eva	CAPS I				1
São Gabriel da Cachoeira	CAPS I	X			1
Tapauá	CAPS II	X			1
Tefé	CAPS II	X			1
Manacapuru	CAPS AD, CAPS II	X			2
Manaus	CAPS i LESTE	X			5
	CAPSi SUL				
	CAPS III				
	CAPS III/SRT LAR ROSA BLAIA		X	X	
	CAPS AD				
RAPS SEMSA Manaus			X	X	
RAPS SES Amazonas			X	X	

Fonte: Elaboração do autor (2024).

Foram excluídos os municípios do Careiro e Rio Preto da Eva, por falta de autorização em tempo hábil; e Humaitá, por não resposta do questionário. Também foram descartados o Centro de Reabilitação em Dependência Química (CRDQ), o Centro de Saúde Mental do Amazonas (CESMAM), cinco Policlínicas e Unidades de Atenção Primária à Saúde, o Serviço de Residência Terapêutica Lar Rosa Blaya (SRT) e o Hospital Geraldo da Rocha, por não possuírem leitos credenciados.

3.3 Sujeito do Estudo

Os sujeitos do estudo foram gestores e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), selecionados pela importância que esses dispositivos ocupam na reforma psiquiátrica, sendo considerados serviços de referência para o tratamento de transtornos mentais graves. A coleta incluiu 28 questionários aplicados e entrevistas com atores-chave da rede.

3.4 Instrumento e Coleta de Dados

Para realizar este estudo foram empregados os seguintes métodos: entrevistas e questionários, aplicados de forma *on-line* aos participantes, e dados documentais. Optou-se por profissionais dos CAPS, com 24 profissionais. Inicialmente, foram coletados relatórios e documentos em *sites* governamentais com cronologia atemporal, para dar suporte à análise. Além disso, foi aplicado um questionário *on-line* com 23 questões, com tempo hábil de 20 minutos para respostas, via *google forms*, no período de fevereiro de 2024 a março de 2024, do tipo Escala de Likert para todos os 24 municípios que compõem a RAPS do estado do Amazonas. Desses instrumentos foram obtidas 22 autorizações, sendo duas recusadas por não compreenderem os objetivos da pesquisa ou por outras razões; um indivíduo autorizou, mas não respondeu ao questionário. Ao todo foram aplicados 28 questionários, que correspondem aos Serviços de Saúde Mental que compõem a RAPS, cada um deles com uma unidade CAPS com tipologia adequada para o local, sendo dois municípios que correspondem à Regional Manaus em seu turno, cada um com dois CAPS. Além disso, o município de Manaus, que compreende cinco CAPS: dois infantis, um adulto e um AD sob a gerência da SEMSA e um CAPS adulto sob a gerência da SES/AM.

Por fim, nas entrevistas semiestruturadas, no período de março 2024 a abril 2024, as perguntas foram referentes às categorias citadas com atores envolvidos na gestão da rede em nível de estado, com o número de 14 perguntas, com tempo médio de 60 minutos. Compreende-se que esse é um método para entender o ponto de vista dos atores sociais e integrá-los na análise e interpretação de suas realidades. As práticas sociais não podem ser totalmente compreendidas ou explicadas sem considerar a perspectiva dos próprios atores envolvidos. Essa estratégia permite esclarecer o sentido que os atores conferem às suas próprias ações (Poupart, 2010).

3.5 Análise dos Dados

A análise desses documentos foi por meio de um conteúdo utilizando a sistemática de Bardin. Essa sistemática permite a definição de categorias analíticas, que ajudam a organizar e classificar as informações de maneira coerente. As categorias são fundamentais para a análise da complexidade das relações entre os diferentes níveis de governança, assim como as demais categorias analíticas (Quadro 5), que são: Interação e Colaboração entre Níveis de Governo, Influência da Governança Multinível nas Decisões e Implementação de Políticas, Percepção da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas, Coordenação entre Níveis de Atenção à Saúde Mental, Desafios na Coordenação entre Níveis de Governo e Impacto na Efetividade.

Para a análise dos questionários, foi utilizada a Escala de Likert, com os dados coletados por meio de uma plataforma *on-line* e processados de forma quantitativa. Aplicaram-se técnicas descritivas para resumir as respostas em categorias específicas. Isso incluiu a criação de gráficos que oferecem a representação visual das respostas. Além disso, as respostas abertas ou comentários adicionais fornecidos na Escala de Likert foram submetidos a uma análise qualitativa, que permitiu a identificação de padrões e *insights* complementares que enriquecem a compreensão dos dados.

Quadro 5 – Categorias analíticas na análise da governança em saúde mental no estado do Amazonas

Categoria	Autor e Ano	Definição
Interação e colaboração entre níveis de governo	Bardin (2011)	"A interação entre diferentes níveis de governo é crucial para a construção de políticas públicas eficazes, permitindo a troca de informações e recursos que facilitam a implementação."
Influência da governança multinível nas decisões e implementação de políticas	Klijn e Koppenjan, (2012)	"A governança multinível influencia diretamente as decisões políticas e sua implementação, criando uma rede de interdependências entre atores e instituições que afetam o resultado das políticas."
Percepção da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas	Calmon (2020)	"A percepção dos profissionais de saúde sobre a política de saúde mental é fundamental para entender as lacunas e desafios na implementação, refletindo suas experiências e expectativas em relação ao sistema."
Coordenação entre Níveis de Atenção à Saúde Mental	Mendonça (2022)	"A coordenação entre diferentes níveis de atenção é vital para garantir a continuidade do cuidado, permitindo uma abordagem integrada que considera as necessidades dos usuários de forma holística."
Desafios na Coordenação entre níveis de governo	Silva e Menezes (2020)	"Os desafios na coordenação intergovernamental incluem a falta de alinhamento de objetivos e a escassez de recursos, o que pode resultar em uma implementação fragmentada das políticas de saúde."
Impacto na efetividade	Poupart (2019)	"O impacto das políticas de saúde mental na efetividade é medido por indicadores como a satisfação do usuário e a qualidade do serviço, refletindo a capacidade da governança em atender às demandas sociais."

Fonte: Elaboração do autor (2024).

O modelo mais amplamente utilizado e debatido entre os pesquisadores foi desenvolvido por Rensis Likert (1932), para medir atitudes no campo das ciências comportamentais. A escala de Likert envolve a criação de um conjunto de afirmações relacionadas a um constructo específico, para as quais os respondentes indicam seu grau de concordância (Junior Helvecio, 2014).

Ao final, foi realizada uma análise integrada, com informações obtidas por meio de diferentes fontes de dados dos questionários aplicados, para uma compreensão mais completa da governança pública na rede de saúde mental do estado do Amazonas. Foram comparadas e contrastadas as descobertas da análise documental, dos questionários e das entrevistas, a fim de identificar convergências e divergências nas percepções e práticas, para que, assim, pudessem ser respondidas às perguntas de pesquisa e aos objetivos do estudo, destacando-se os principais elementos de governança, desafios, falhas e recomendações para melhorias na política de saúde mental.

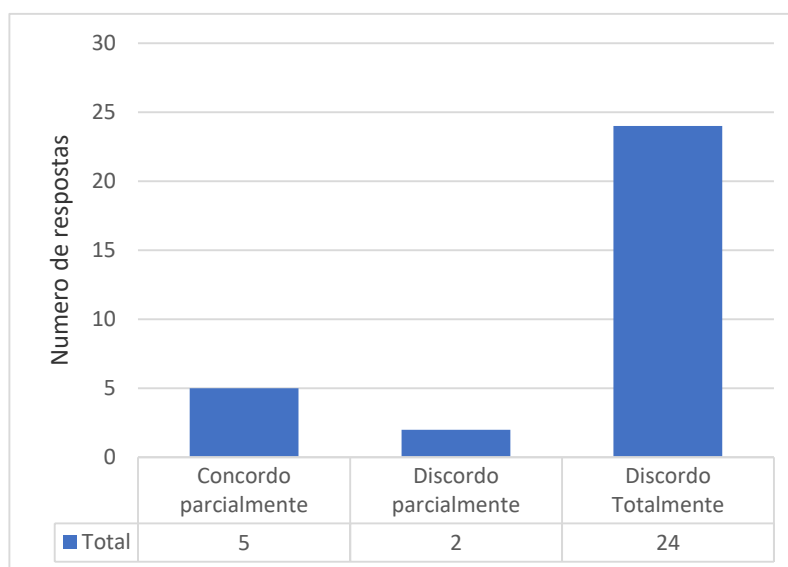
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da Rede de Cuidados em Saúde Mental no Amazonas

O número de profissionais que lidam diretamente com o serviço corrobora o estudo de Barbosa (2019), no qual profissionais que trabalham nos CAPS, inseridos na rede especializada de saúde mental, muitas vezes não escolheram, inicialmente, essa área de atuação e podem não possuir experiência prévia ou formação específica em saúde mental ao chegarem ao serviço. Sua alocação é determinada por concursos ou processos seletivos, sem a possibilidade de escolher o local de trabalho.

Em relação aos cargos de gestão e direção nos CAPS, alguns profissionais são convidados a assumir essas funções, mesmo sem experiência anterior em gestão ou na área de saúde mental. Alguns aceitam esse desafio, reconhecendo-o como oportunidade de crescimento profissional, especialmente em vista da escassez de recursos humanos disponíveis para trabalhar nesse contexto. Isso reflete, no exemplo prático, quando perguntado aos 24 profissionais se o número de profissionais habilitados em saúde mental na rede é suficiente, em que 67,7% discordaram totalmente (Figura 2).

Figura 2 – Percepção dos entrevistados sobre a suficiência de profissionais habilitados em saúde mental



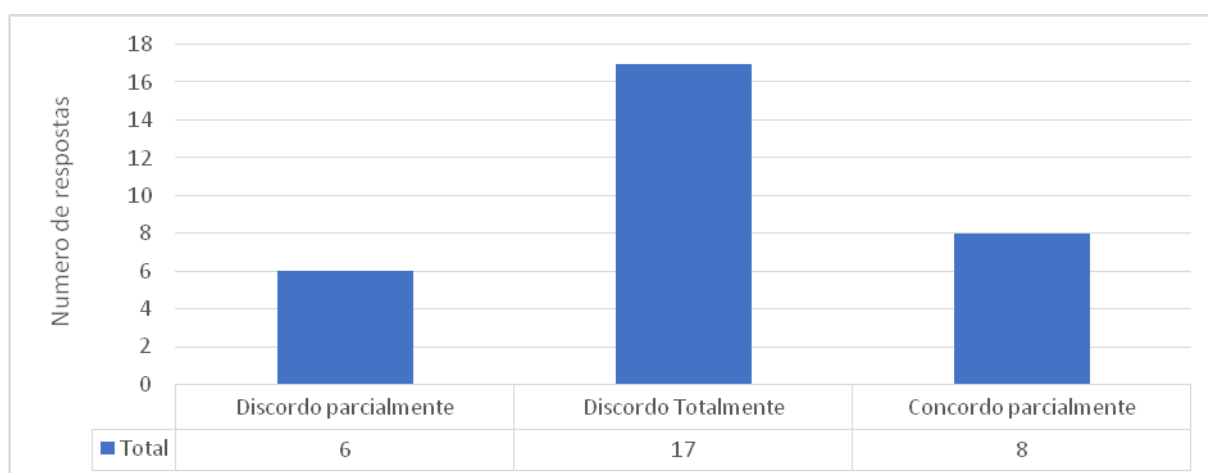
Fonte: Elaboração do autor, com resultado da pesquisa.

Essa discordância entre profissionais habilitados para atuarem na saúde mental também foi observada no estudo de Yamada (2022), em que foram revisadas as iniciativas de capacitação em saúde mental, traçando um panorama contemporâneo. Com isso, destaca-se a urgente necessidade de capacitação específica, reiterada nos documentos do Ministério da Saúde/SUS de capacitar os profissionais que atuam ou possuem aptidão para atuar nesse campo. Para Bataglin (2017), a falta de embasamento técnico e teórico desses trabalhadores é identificada como uma das principais barreiras para o fortalecimento do modelo de cuidado comunitário.

Nesses casos, é importante que esses profissionais recebam capacitação e suporte adequados para desenvolverem suas habilidades na área de saúde mental, já que trabalhar em um CAPS requer conhecimento técnico e sensibilidade para lidar com questões complexas relacionadas à saúde mental. Os gestores desses serviços devem proporcionar um ambiente de aprendizado e de apoio para que esses profissionais possam se adaptar e oferecer atendimento de qualidade aos usuários.

Ainda em relação aos recursos humanos ofertados pelas RAPS, a questão sobre o número de profissionais é adequada para a atual demanda, em que 16 responderam que discordavam totalmente desse quesito (54,8%), como pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 – Avaliação da adequação do número de profissionais para a demanda atual ofertada pelas RAPS



Fonte: Elaboração do autor, com resultado da pesquisa.

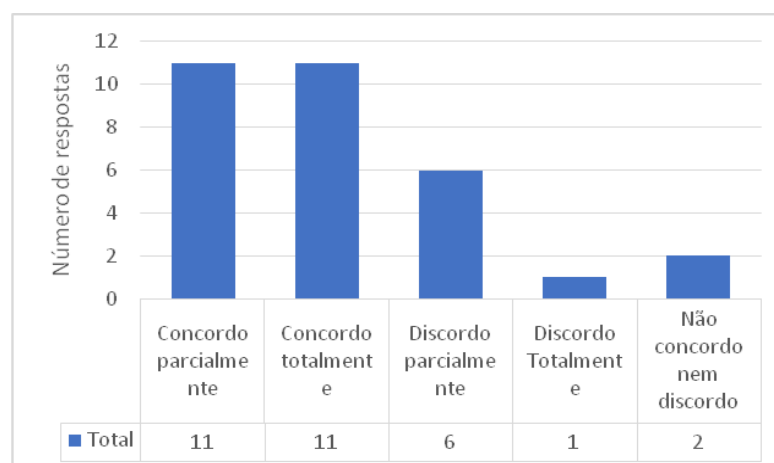
No mesmo sentido, Passarinho (2022) aponta que, com a reforma da atenção psiquiátrica, houve transformação significativa nos arranjos das equipes de saúde. Ao contrário do modelo tradicional, em que o médico era o principal responsável pelo tratamento, o novo modelo promove uma abordagem mais integrada. Agora, as equipes são formadas por profissionais com diferentes níveis de formação, tanto técnico quanto superior, e o foco principal está no usuário e não mais na equipe. A intervenção é multiprofissional, com o médico desempenhando papel de igual importância entre os membros da equipe em vez de ser o destaque. Todos os profissionais envolvidos têm papel crucial no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico.

4.1.1 Análise da percepção dos profissionais de saúde quanto às Redes de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção Psicossocial, integrante da política de Redes de Atenção à Saúde, está presente na estrutura organizacional tanto das Secretarias Municipais quanto das Secretarias Estaduais de Saúde. No entanto, é necessário avaliar se, estruturalmente, ela cumpre efetivamente os objetivos propostos.

De acordo com os profissionais e atores envolvidos, quando perguntados se existe coordenação entre os diferentes tipos de níveis de governo na política de saúde mental, 11 responderam que concordavam parcial (35%) e totalmente (35%), respectivamente (Figura 4).

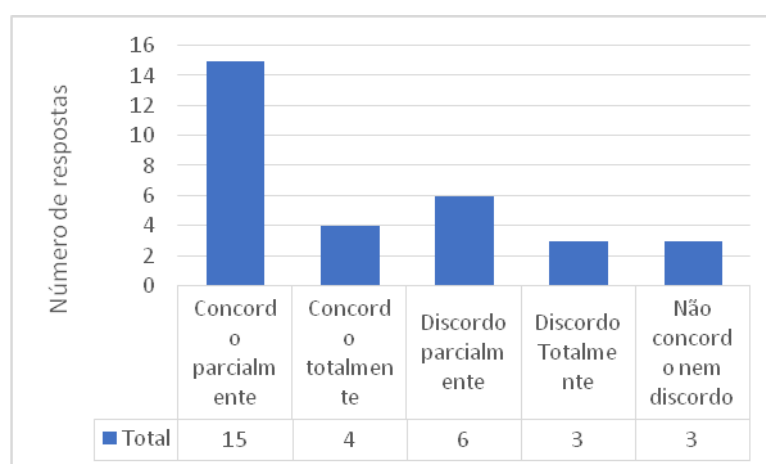
Figura 4 – Percepção da Coordenação entre os diferentes níveis de governo na política de saúde mental



Fonte: Elaboração do autor, com resultados da pesquisa.

Quando perguntados sobre a eficácia dos atores envolvidos no governo, 15 dos profissionais responderam que concordavam parcialmente (48,4%), conforme ilustrado na Figura 5. Os níveis de coordenação entre os governos na saúde pública mental são complexos e variados, e uma abordagem eficaz geralmente envolve a combinação de esforços em níveis nacional, regional, local e internacional, bem como forte colaboração entre diferentes instituições e agências.

Figura 5 – Percepção da eficácia dos atores envolvidos no governo (Coordenação da Saúde Pública Mental)



Fonte: Elaboração do autor, com resultado da pesquisa.

Essa relação entre oferta e demanda também foi observada por Bezerra (2022), em que o estudo infere que governos devem coordenar-se estreitamente com a rede de serviços de saúde, desempenhando papel estratégico na integração dos cuidados de saúde mental nessa rede. Dado que os serviços substitutos frequentemente não abrangem a saúde mental, os cuidados básicos de saúde precisam assumir a responsabilidade de ampliar essa cobertura. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel crucial nessa reorganização, ocupando uma posição estratégica no território.

Nesse sentido, é fundamental garantir uma articulação sólida com toda a rede de saúde e com a comunidade para oferecer atenção integral. Além disso, essa abordagem facilita a troca de conhecimentos e de experiências, enquanto os CAPS podem prestar assessoria às unidades básicas de saúde, oferecendo suporte especializado e contribuindo para a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária em questões de saúde mental. Essa colaboração efetiva é

essencial para garantir que as necessidades de saúde mental da população sejam atendidas de forma abrangente e eficaz.

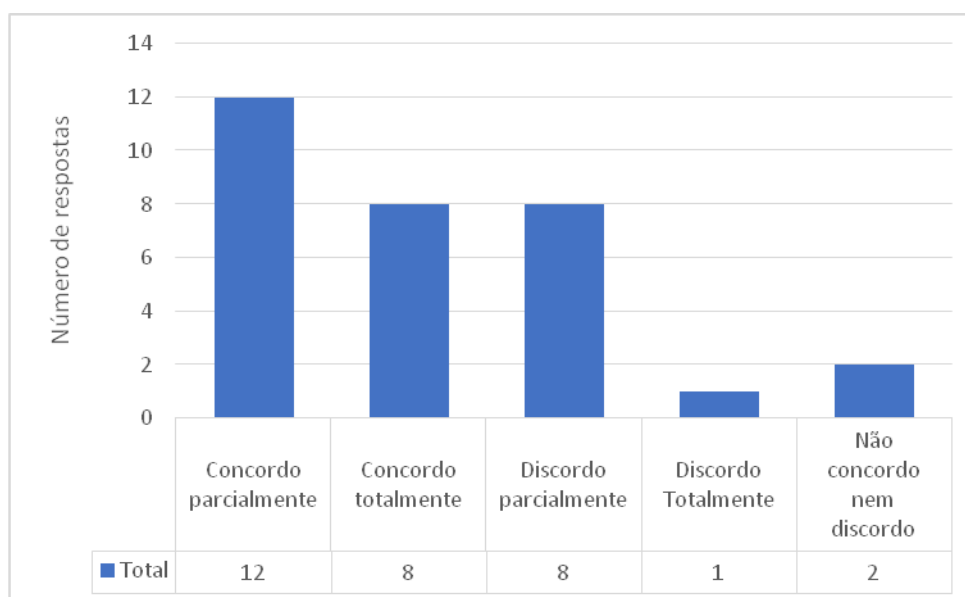
Essa mudança epistemológica é essencial para fundamentar a política pública de saúde mental no Brasil. Ela não apenas orienta a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23/12/2011, mas também influencia outras políticas públicas que buscam convergir com a RAPS. Isso requer constante interação e colaboração entre diferentes setores. Esse é um desafio significativo para a política pública de saúde mental brasileira, especialmente para a RAPS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Pode-se afirmar que a articulação é fundamental para uma comunicação eficiente entre os membros de uma rede. No entanto, o que se observa na prática é que, em vez de uma rede coesa, existe um agrupamento de pontos operando de maneira isolada, com conexões frágeis e burocráticas. Zambenedetti (2009) aponta diversos obstáculos na formação de redes de atenção em saúde mental, destacando a construção de uma rede verdadeiramente articulada como um dos principais desafios. Apesar da criação de diversos serviços, ainda não se pode afirmar que os municípios tenham realmente estabelecido uma rede de cuidados integrados, já que a mera existência de serviços não assegura uma colaboração eficaz em rede.

Em relação ao alinhamento entre a política pública do estado do Amazonas e a política nacional, 12 dos profissionais manifestaram concordância parcial, representando 38,7% dos participantes, conforme ilustrado na Figura 6. Essa concordância parcial indica que, embora reconheçam algumas semelhanças e pontos de conexão, existem aspectos que ainda necessitam de ajustes ou melhorias para um verdadeiro alinhamento entre as políticas públicas do estado.

Esses dados reiteram que, apesar dos esforços, as políticas públicas em relação à saúde mental no Amazonas demonstram-se lentas, o que corrobora os achados de Barbosa (2019), ao afirmar que a quantidade e variedade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atualmente não atendem plenamente às necessidades da população-alvo, como estabelecido nas diretrizes. Isso levanta a preocupação de que alguns pacientes estejam sendo deixados sem assistência, seja devido à falta de acesso aos serviços de saúde mental, seja por conta da qualidade insatisfatória dos serviços disponíveis. Essa situação contribui para o aumento da demanda reprimida por cuidados adequados em saúde mental.

Figura 6 – Alinhamento entre a política pública do Amazonas e a política nacional segundo os profissionais

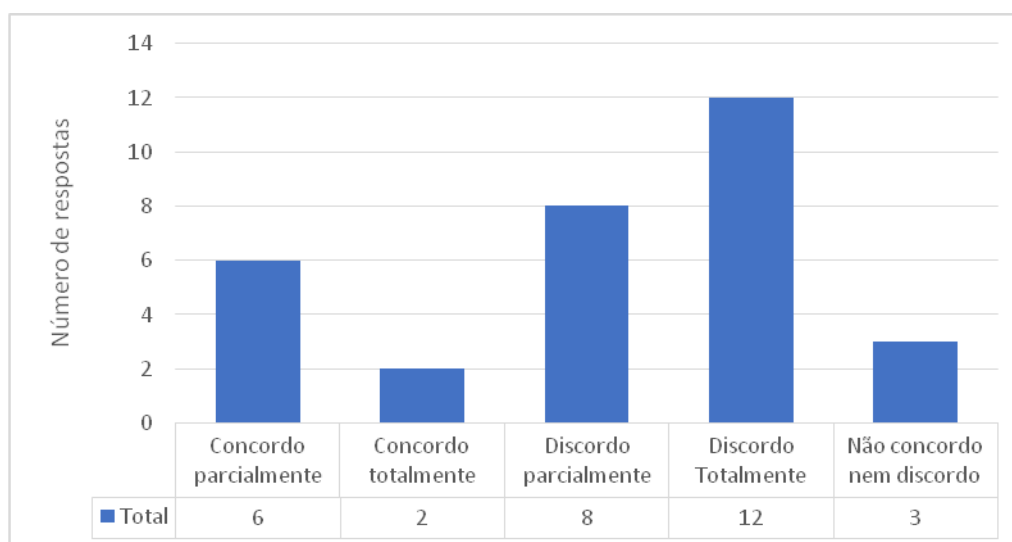


Fonte: Elaboração do autor, com resultado da pesquisa.

Até fevereiro de 2014, o Amazonas era um dos seis estados do Brasil que não possuíam nenhuma residência terapêutica em funcionamento. O único hospital psiquiátrico do estado, localizado em Manaus, operava com capacidade total de serviços. A ausência desse tipo de atendimento levou o Ministério Público Federal do Amazonas (MPFAM) e o Ministério Público do Amazonas (MP-AM) a entrarem com Ação Civil Pública em 2011. Em 2014, as residências terapêuticas foram finalmente inauguradas. De acordo com Liborio (2014), elas foram projetadas para serem implantadas em moradias convencionais, com o objetivo de permitir que os pacientes pudessem cuidar de suas próprias casas, estabelecer relações com a vizinhança e com a cidade, além de acessar os equipamentos culturais disponíveis em Manaus.

Esses dados corroboram a questão relacionada se a política de saúde mental atende às necessidades da população diversificada e à vasta extensão geográfica do estado do Amazonas, presente na Figura 7, na qual se vê que 12 profissionais discordam totalmente (38,7%).

Figura 7 – Adequação da política de saúde mental às necessidades da população do Amazonas, segundo os profissionais



Fonte: Elaboração do autor, com resultado da pesquisa.

Essas dificuldades encontradas refletem o nível assistencial ofertado pelo governo do estado, em que já era caracterizado no momento da criação das regiões de saúde, havendo exigência na legislação que estabelecia a contiguidade entre os municípios, o que se mostrava impraticável para o território do Amazonas. O estado apresenta vastas áreas sem cobertura assistencial, contrastando com a concentração da maior parte da população na capital, Manaus, onde residem 52,6% dos habitantes estaduais.

De acordo com o plano estadual do Amazonas (2024), essa configuração torna a descentralização de recursos humanos, materiais e tecnológicos tarefa desafiadora até os dias atuais. A centralização de toda a oferta de serviços de alta complexidade em Manaus reflete as características do estado, apresentando grande obstáculo para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A capital ainda concentra quase todos os especialistas do estado, com esforços limitados para expandir essa oferta para outras regiões em escala significativa.

Essa lacuna também foi observada por Souza (2021), que afirma que, embora os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tenham se estabelecido como referências no atendimento extra-hospitalar em saúde mental no Brasil, a implantação desses serviços ambulatoriais especializados no estado do Amazonas ainda ocorre de forma gradual. Atualmente, há apenas cinco CAPS para uma população de mais de três milhões de habitantes, com 60% concentrados na capital

e os demais 40% distribuídos pelos outros 61 municípios. Essa realidade demanda atenção especial dos gestores em níveis municipal, estadual e federal. Os dados revelam fragilidade na organização da rede de saúde mental devido à escassez de recursos físicos, materiais e humanos. É importante destacar que, embora a saúde mental seja uma área de baixa prioridade em muitos países ao redor do mundo, isso não justifica a negligência na política de desenvolvimento desse setor.

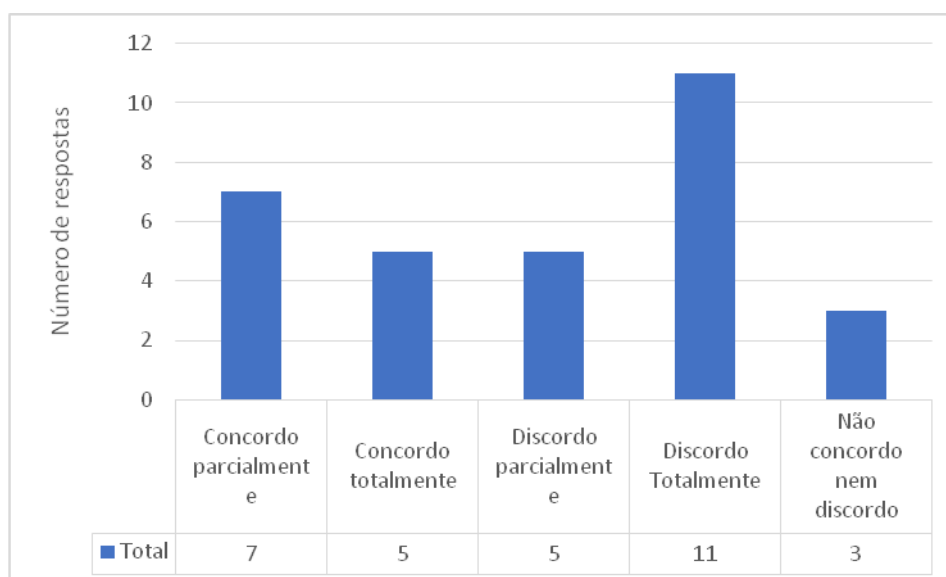
De acordo com Melo (2020), é essencial ajustar os métodos de prestação de cuidados às necessidades específicas desse contexto, o que implica desenvolver estratégias de gestão em saúde que levem em consideração as características e particularidades de cada local. Isso ocorre porque a política nacional de saúde nem sempre se alinha perfeitamente com as realidades e especificidades regionais.

As características peculiares de atendimento à população do Amazonas, no contexto de saúde, evidenciam desafios únicos e complexos. A vasta extensão geográfica e a diversidade cultural da região contribuem para a existência de uma infraestrutura de saúde heterogênea, com variações significativas na acessibilidade e qualidade dos serviços. Além disso, a governança e as dificuldades logísticas impõem obstáculos adicionais à coordenação eficaz das redes de saúde. Esses desafios destacam a necessidade urgente de políticas públicas integradas e adaptadas às especificidades locais, visando melhorar a eficiência e a equidade no atendimento aos cidadãos amazonenses (Oliveira, 2019).

Como prediz Moraes (2020), em seu estudo, a Amazônia apresenta características únicas que representam desafio significativo para a integração política, social e sanitária do país. Especificamente no âmbito da saúde, adaptar as abordagens de cuidados de saúde às necessidades desse contexto requer a formulação de estratégias de gestão que sejam sensíveis às particularidades locais. Isso implica considerar as especificidades de cada região, suas comunidades e questões étnicas e sociais ao desenvolver Políticas de Saúde Mental.

Em relação à política de saúde mental do estado do Amazonas e sua abrangência para municípios do Amazonas, 11 dos profissionais discordaram totalmente (35,5%), em que esses dados refletem na situação atual sobre a oferta de serviços à saúde mental nos municípios do Amazonas, como se pode verificar na Figura 8.

Figura 8 – Abrangência da Política de Saúde Mental nos municípios do Amazonas, segundo os profissionais



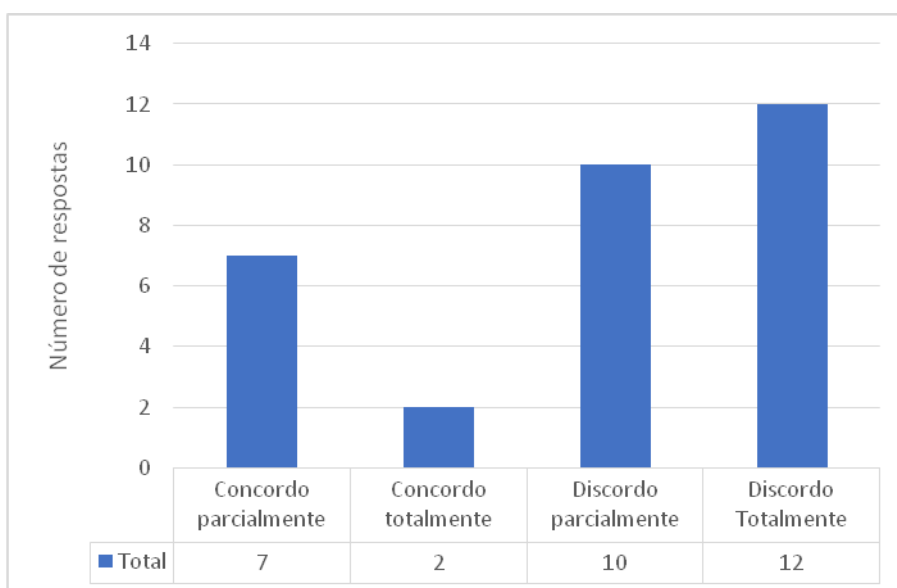
Fonte: Elaboração da autora, resultado da pesquisa.

Na Região Norte do Brasil, o estado com menor indicador de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é o Amazonas, que apresenta, inclusive, a menor cobertura do país. Isso se deve, possivelmente, às suas peculiaridades, como a grande extensão territorial, a dispersão e a baixa densidade populacional, além de dificuldades de acesso e uma diversidade étnico-cultural marcante.

Para Barbosa (2019), esses são desafios significativos para a implantação de serviços e para garantir o acesso à saúde mental, exigindo melhorias no sistema de saúde e em sua gestão. Especificamente em Manaus, não há cálculos precisos que definam a lacuna exata do tratamento, mas qualitativamente, conforme indicado neste estudo, a percepção dos profissionais e gestores envolvidos aponta para uma desassistência resultante de várias barreiras de acesso.

Como demonstrado na Figura 9, cerca de 12 profissionais (38,7%) discordam totalmente da afirmação de que a população que necessita de serviços na área de saúde mental é totalmente assistida, seja na atenção primária, seja na secundária ou na terciária.

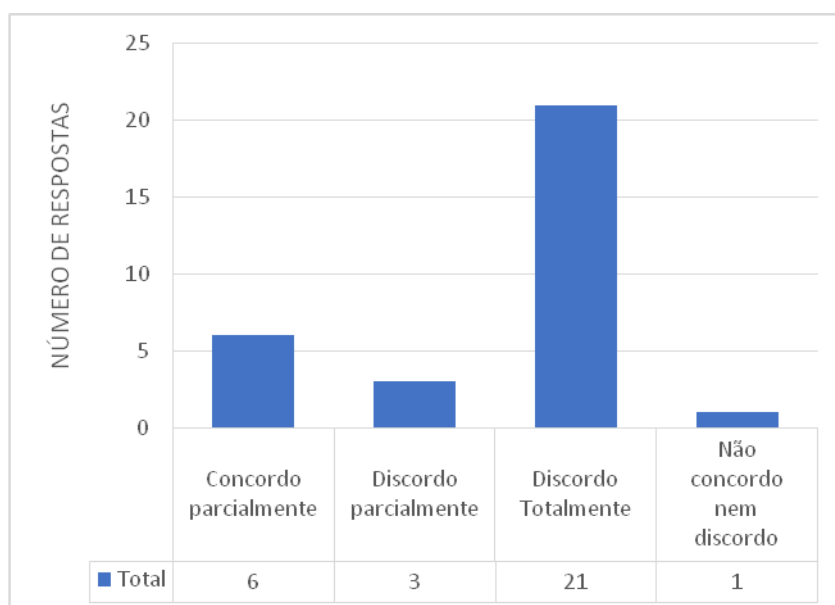
Figura 9 – Opinião dos profissionais sobre a assistência completa na Área de Saúde Mental



Fonte: Elaboração da autora, com resultado da pesquisa.

De acordo com os profissionais da saúde, 21 discordam totalmente (67,7%) sobre se a estrutura de acolhimento ao doente é suficiente na Rede de Saúde (Figura 10).

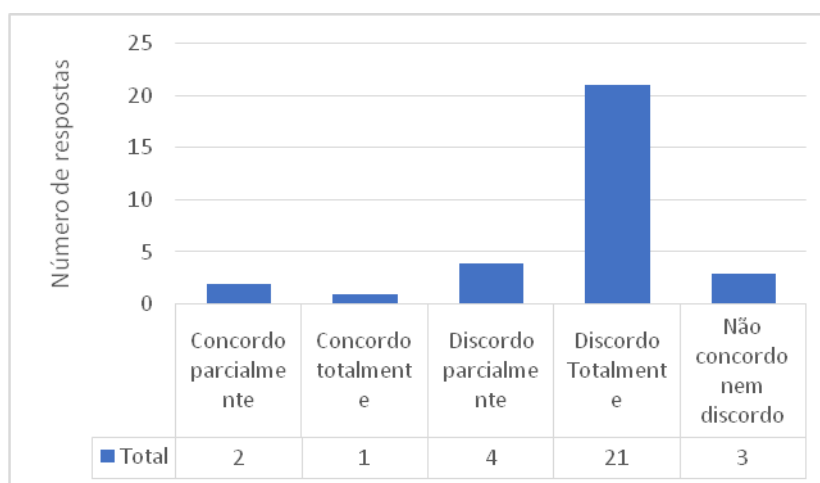
Figura 10 – Opinião dos profissionais sobre a suficiência da estrutura de acolhimento ao doente na Rede de Saúde



Fonte: Elaboração do autor, com resultado da pesquisa.

Esses dados corroboram os do estudo de Silva (2021), que afirma que o estado não atende a toda demanda e a maior parte dos pacientes acaba buscando serviços de média e de alta complexidade em Manaus. Por exemplo, os casos de internação (Figura 11), em que 21 dos profissionais discordam totalmente (67,7%) quanto ao quesito capacidade de atendimento para pacientes com grau de sofrimento mais agravado e que necessitam de internação.

Figura 11 – Capacidade de atendimento a pacientes com necessidade de internação



Fonte: Elaboração do autor, com resultado da pesquisa.

A situação enfrentada pelos usuários da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus é desafiadora, pois eles acabam tendo que lidar não apenas com suas próprias necessidades, mas também com a demanda proveniente da região e do estado como um todo. Isso ocorre mesmo diante dos sinais evidentes de uma cobertura deficiente de serviços e da escassez de recursos humanos.

As dificuldades no atendimento às Urgências e Emergências Psiquiátricas muitas vezes decorrem de vários fatores. Estes incluem o desconhecimento das crises como manifestações de desequilíbrio mental, a persistência de estigmas sociais associados aos transtornos mentais e a predominância do modelo biomédico como abordagem exclusiva para lidar com tais casos. Esses elementos podem contribuir para a inadequação da resposta a situações de crise e para a limitação da eficácia dos serviços de saúde mental.

Machado (2021) afirma que esses fatores restringem as equipes ao tratamento terapêutico durante o atendimento às crises psíquicas. Diante do expressivo aumento na demanda por emergências psiquiátricas e da limitação dos

recursos de atendimento disponíveis para a população, torna-se crucial e imperativo implementar e fortalecer estratégias de atendimento voltadas para pacientes em sofrimento psíquico agudo, por meio de equipes especializadas e com recursos adequados para lidar com essa demanda crescente.

De acordo com Moraes (2020), não há registros suficientes que evidenciem a logística financiada pelo município para o transporte de usuários em casos de urgência psiquiátrica, o que torna esse aspecto um ponto de discussão, especialmente quando consideramos a perspectiva do cuidado universal. Em situações de surto psicótico ou outras emergências psiquiátricas, o atendimento pela rede de urgência e emergência deve ser realizado por equipes treinadas e profissionais capacitados para lidar com esse público. Estamos diante de um cenário que oscila entre o ideal e o possível, o que reflete os desafios enfrentados pela gestão da saúde em um contexto fluido e complexo.

Segundo Jafelice (2022), são identificadas desigualdades entre as diferentes regiões da cidade, um desalinhamento entre as propostas das esferas municipal e estadual, particularidades na gestão por parte das Organizações Sociais de Saúde e a persistência da lógica manicomial nas redes de saúde e intersetoriais. Apesar dos progressos alcançados pela Reforma Psiquiátrica, são necessários o enfrentamento decisivo e o investimento político para efetivamente implementar a desinstitucionalização.

É importante observar que a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas enfrentam desafios significativos, especialmente durante a fase mais complexa, que é a implementação. No que diz respeito às políticas públicas na área da saúde mental, ainda há lacunas e ineficiências na gestão administrativa. Trata-se de uma carência expressiva de profissionais de saúde e de sua capacitação, uma escassez de equipamentos sociais para o processo de assistência e resistência à adoção de práticas, como a desospitalização e o tratamento em liberdade em algumas regiões, como é o caso do Amazonas (Araujo, 2023).

Essa rede insuficiente pode ser observada nos discursos de entrevistas semiestruturadas, nas quais os sujeitos da entrevista são atores que lidam diretamente com os serviços de saúde mental do estado do Amazonas/RAPS e somam um total de três entrevistados alocados na Secretária do Estado do

Amazonas (SES), na Secretaria Municipal de Saúde e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Quando perguntado, em entrevista, sobre a visão sobre a política de saúde mental atual do estado do Amazonas, em termos de seus objetivos e estratégias, P1 avalia:

A política no Estado do Amazonas é muito fragilizada e por N questões, uma primeira é uma percepção muito minha tá assim é muito pessoal mesmo como utiliza o sigilo, então eu me sinto à vontade de falar, mas que a política de saúde mental, ela não é uma política que seja interesse da gestão maior de governo de estado, né? Eu não penso e eu não tô dizendo desse governo, atual governo, né do governo de forma geral, já vem anos a gente já se arrastando aí não é visível, com a reforma psiquiátrica e a política não consegue se estruturar, né? Não consegue se estruturar, não consegue se fortalecer.

Essa fragilidade nos serviços de saúde mental reforça a ideia central apresentada por Marengo (2018), que destaca que, no Brasil, a fragmentação histórica e as dificuldades na integração das ações entre serviços e respectivos pontos de atenção em um mesmo território são uma realidade. No campo da saúde mental, esses desafios se tornam ainda mais evidentes devido à recente estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Muitas localidades ou regiões enfrentam vazios assistenciais, com a ausência de pontos de atenção da RAPS ou, no melhor dos casos, a presença limitada apenas de atenção primária. Isso leva à dependência de certas localidades da rede de atenção de outros municípios e regiões que dispõem de maior diversidade e complexidade de serviços, resultando em deslocamentos frequentes dos usuários em busca de atendimento.

No entanto, esse serviço se mostra mal distribuído e ineficiente em relação à governança multinível, como exhibe a fala de P2:

Bom, é assim, Manaus é a capital, né? Por ser a capital e por ser um vamos dizer assim um polo de saúde, um local que tem maior aglomeração de serviços de saúde no estado a gente atende sim algumas situações dos Municípios. A gente não deixa de atender, quem chega a gente atende. Só que o maior foco nosso é o município de Manaus, mas por exemplo vem uma pessoa que mora sei lá em Tabatinga, São Gabriel da Cachoeira, ele vem ele vai ser atendido do mesmo jeito ele consegue ser inserido na rede, só que aí ele não é a gente não vai ter ingerência sobre o que vai acontecer em São Gabriel da Cachoeira em Tabatinga em outro município, a gente gerencia o município de Manaus.

Em agosto de 2022, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro foi desativado, e os casos de emergência e urgência psiquiátricas passaram a ser encaminhados

para o CESMAM, um novo centro de saúde mental inaugurado em 2023 com esse propósito específico. O fechamento do Eduardo Ribeiro está alinhado com a reforma psiquiátrica em curso no país, que promove o fechamento dos manicômios e a criação de uma rede substitutiva de atenção psicossocial. Desde a desativação dos ambulatorios de saúde mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em 2012 foram inaugurados novos serviços de atendimento, incluindo o CAPS III e um CAPS AD III. De outra forma, esse atendimento ainda se mostra ineficiente, pois, quando perguntado se “não era para existir o CESMAM, teoricamente eram para serem credenciados esses leitos em hospitais Gerais?”. De acordo com a fala de P1:

P1: Não deveria existir CESMAM, para mim, trabalhadora militante da política de saúde mental. Não deveria existir, eles deveriam ser atendidos em Hospital Geral como todo outro qualquer ser humano, só que a gente sabe que tem momentos que precisa, né? Que precisa de alguns leitos especializados em um local mais protegido com o pessoal mais qualificado sim.

Quando perguntado a P1 sobre a participação dos Conselhos e de sua participação na tomada de decisões, ele disse:

Sim, tem os conselhos de saúde, mas o nosso contato maior com os conselhos de saúde no caso é conselho de secretários de saúde o COSEMS e no apoio o que ele faz é nos apoiar com essas questões de educação, né? O canal deles via remoto de internet é muito boa, que é onde tem um contato dos secretários de saúde com o COSEMS, então a gente tem muito esse apoio.

Essa participação reflete o nível de relação entre os atores e sua funcionalidade. Para Lascoumes e Le Galès (2012), a governança refere-se ao processo de coordenação entre diversos atores, grupos sociais e instituições. Eles argumentam que o complexo entrelaçamento de níveis, formas de regulação e redes de atores exigiu a revisão das concepções tradicionais de intervenção pública, passando de modelos estatistas para sistemas de análise mais abertos e integrados. Em outras palavras, a crescente complexidade na produção de políticas públicas tornou necessário ampliar o escopo das análises para além do estado. Essa abordagem revela a efetividade da participação, mas também aponta falhas parciais na comunicação entre os diversos atores envolvidos.

Essa dificuldade de participação entre os atores pode estar relacionada à dificuldade geográfica, peculiar do estado do Amazonas, como exemplifica a resposta de P2 a seguir:

Então, algumas vezes são solicitados que o contato seja presencial, né, para nível Federal, porém tem uma dificuldade financeira por conta de disponibilização de passagens, né? Então quando precisa o Estado ir até Brasília, que é a sede quando o Estado banca, a gente tem dificuldade de chegar lá, né? Quando o Ministério da Saúde, no caso que é quem banca, é mais fácil da gente chegar lá, só que esses contatos pessoais eles são muito frágeis justamente por conta disso e por conta da distância, né? A gente tem muita dificuldade inclusive municípios dos demais municípios do interior do Amazonas assim a dificuldade desde o deslocamento por conta da nossa geografia acaba sendo dificultada.

De acordo com Garnelo (2018), estudos sobre as regiões de saúde na Amazônia Legal indicam que 46% dessas áreas apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). As políticas de saúde do governo federal para essa região são caracterizadas por baixa institucionalidade, falta de continuidade e pouca sensibilidade às particularidades locais. Além disso, o repasse de recursos federais é menor que a média nacional, e a capacidade de gestão nos municípios é limitada. Esses fatores resultam em uma oferta insuficiente de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e dificuldades em manter profissionais de saúde na região, além de promover a concentração de serviços de média e de alta complexidade nas capitais.

Verifica-se um modelo de governança multinível, que contempla lacunas em sua ordem de inter-relacionamento ao abordar falha na rede, como descrito a seguir por P1:

Mais uma vez, eu vou te falar que as questões geográficas atrapalham muito, né? Porque falta de profissional eu não consigo habilitar, por exemplo um CAPS tipo I no município como Urucará que tem menos de, se eu não me engano, 12 mil habitantes, então assim para eu habilitar um CAPS se eu não consigo por conta desse quantitativo, eu também não tenho profissionais para cadastrar naquele CAPS, né então acaba atrapalhando muita habilitação de CAPS no interior por conta de não atender ao pré-requisitos do que a rede pede, né? E sobre o *check list* e fazer essa visita a gente também tem dificuldade, porque os municípios acabam tendo que bancar a nossa saída até lá para poder dar esse ok, então, a maior dificuldade que a gente encontra mesmo é questão de geográfica e comunicação.

A elevada dependência de serviços especializados e a insuficiência e inadequação da oferta assistencial como consultas especializadas, exames diagnósticos e internações revelam a concentração de prestação e gastos nos municípios-polo. Essa situação permite entender a atuação diferenciada entre prestadores públicos e privados nas regiões. A falta de médicos especialistas é um problema globalmente reconhecido, e no Brasil essa questão é exacerbada pelas desigualdades regionais na distribuição desses profissionais (Sebastião, 2020).

Segundo Soares (2020), a Região Norte apresenta os piores indicadores de saúde, com todos os estados registrando menos de 1,4 médico por mil habitantes. Além disso, as capitais dessa região estão entre as que possuem as piores relações médico-paciente no Brasil. Esses números destacam um cenário de maior vulnerabilidade, evidenciando significativas dificuldades no acesso a médicos na região.

De acordo com Junior Ernane (2022), o estado do Amazonas adotou a Política Nacional de Regulação e começou a implementar o Pacto de Gestão, assumindo a responsabilidade de garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde. O estado está trabalhando na organização do fluxo de pacientes para níveis mais complexos do sistema de saúde e na reorganização da oferta de serviços, seguindo o princípio da regionalização. Isso está sendo feito por meio da implantação de Complexos Reguladores Regionais.

Essa política de equidade e regionalização, na prática, demonstra falhas, como visto a seguir na fala de P1:

Falando em regionalização, por exemplo aqui no Amazonas a gente não consegue fazer um CAPS regionalizado como a realidade em outros estados do Brasil, a gente não consegue por conta dessa distância então Exemplo: Manacapuru, Iranduba que são os municípios um pouco mais próximos claro que tem a facilidade de via terrestre, mas da mesma forma são distantes, e aí? como é que eu vou fazer um CAPS regionalizado se eu vou tirar a pessoa que vai ser cuidada do território dela, né? Que aí já vai acabar impactando em outras questões da vida, do dia a dia da sua pessoa então, Exemplo: Eirunepé e Envira são dois municípios muito pertinho, e aí também não conseguem fazer por causa da distância via fluvial ou você vai via fluvial ou você vai de avião, só que o custo é altíssimo, né? E para ir de avião e quem é que vai querer levar paciente por questão de segurança mesmo né de transporte sanitário, como é que eu vou levar uma pessoa que esteja em surto Psicótico um pouco mais controlado para um lugar onde eu tenha um psiquiatra que é muito a questão que eles cobram muito né?

Ainda sobre o processo de regionalização e suas dificuldades, segundo P1:

O interior ainda tem muita gente ainda tem muita essa ideia de que saúde mental a gente só faz com psiquiatra, né? E como é que eu vou levar trazer de Eirunepé paciente em surto Psicótico já naquela fase um pouco mais de estabilização de avião para Manaus. Então, assim eu acredito que a regionalização ela seria um ponto muito positivo, porém respeitando essas peculiaridades de cada lugar.

Para Moraes (2020), a Amazônia apresenta singularidades que representam um desafio para a integração política, social e sanitária do país. No setor da saúde,

é essencial adaptar as práticas de atendimento às necessidades específicas desse contexto, desenvolvendo estratégias de gestão direcionadas às particularidades de cada região. Nesse cenário, a política de Saúde Mental deve ser avaliada considerando as características do território e dos usuários e as questões étnicas e sociais envolvidas.

A questão de equidade também aborda desafios no atendimento à saúde mental indígena, característico da Região Norte e de seus desafios, conforme cita P2:

Na equidade a gente tem um desafio regional aqui, né da questão do Amazonas que é a questão do indígena é a questão, principalmente, dos povos indígenas a gente tem.

De acordo com Silva (2024), além dos conflitos culturais e geopolíticos que permeiam o contexto dos povos indígenas, esses fatores contribuem para o sofrimento psíquico. No entanto, outros aspectos de ordem social têm provocado sofrimento ainda maior e silencioso entre os jovens indígenas. Esses fatores afetam a autoestima, a personalidade, a maneira de ser, as características individuais, os planos e os projetos de vida dos jovens. A maioria dos jovens que enfrentam momentos difíceis em suas vidas busca viver de forma integrada em suas comunidades.

De acordo com P2:

Nós estamos no estado do Amazonas é o estado do Brasil que tem maior quantidade de população indígena, então a gente precisa ter um olhar diferenciado para essa população que, por exemplo, em outros estados já não seria, não teria esse viés se diferenciado, então a gente precisa ter esse olhar aqui a questão dos ribeirinhos a questão da dificuldade de acesso, né de transporte, condição geográfica, então o estado precisa ter esse olhar tem que contextualizar aquela norma para a realidade daqui isso no caso no macro, né no estado todo, e aí passa para os municípios. E aí no município de Manaus, a gente também tem as nossas demandas próprias inerentes à condição da capital, Manaus e aí a gente também vai dar conta dessa realidade do município de Manaus, então é tipo é regionalizando aquela norma geral no contexto local considerando as especificidades daquele local, quais são os dispositivos que existem narrados naquele local? Como que tem esse dado esse então dentro desse sentido.

Na Rede de Atenção Psicossocial do SUS e de todos os Polos-base de abrangência do DSEI-BA, Silva (2024) enfatiza que os suicídios baseados em dados do Ministério da Saúde de 2017 evidenciam que os povos indígenas são os que

mais cometem suicídio (15,2 mortes/100 mil habitantes), em comparação com os brancos (5,9/100 mil habitantes) e os negros (4,7/100 mil residentes).

As características singulares da região amazônica brasileira podem representar um desafio adicional na implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nessa área. Para superar os desafios decorrentes dessas particularidades, são necessárias estratégias de gestão que vão além do entendimento convencional e consideram as diferenças em relação a outras regiões do país. No entanto, os estudos sobre o tema na região são escassos e não abordam adequadamente essas peculiaridades; nesse sentido, podemos destacar a urgência de pesquisas que identifiquem os projetos de implementação da RAS em áreas amazônicas, assim como demais serviços ofertados no contexto da saúde mental (Santos, 2022).

Quando perguntado a esses atores sobre semelhanças e diferenças entre as políticas estaduais de saúde mental e as políticas nacionais de saúde mental, uma das respostas foi a de P2:

No caso da federal, ele vai normatizar todas as ações de saúde mental que não acontecer no território nacional, então é aquela diretriz geral, são as leis as normas técnicas que vão estabelecer, como deve acontecer a saúde mental no território nacional, então isso vem do Ministério da Saúde. E aí vem para o Estado o estado também vai fazer as suas diretrizes considerando as questões regionais.

Por exemplo, nós estamos no Estado do Amazonas é o estado do Brasil que tem maior quantidade de população indígena, então a gente precisa ter um olhar diferenciado para essa população que, por exemplo, em outros estados já não seria, não teria esse viés se diferenciado, então a gente precisa ter esse olhar aqui a questão dos ribeirinhos a questão da dificuldade de acesso, né de transporte, condição geográfica, então o estado precisa ter esse olhar tem que contextualizar aquela norma para a realidade daqui isso no caso no macro, né no estado todo, e aí passa para os municípios.

Com essa fala, observa-se um movimento em direção ao desenvolvimento de um novo modelo de cuidados de saúde, enfatizando serviços comunitários como um dos principais avanços da reforma psiquiátrica. No entanto, nos últimos anos temos visto um retrocesso com uma abordagem de saúde mental que volta a priorizar práticas psiquiátricas.

De acordo com Barbosa (2019), primeiro é crucial expandir a cobertura dos serviços dedicados à saúde mental. Em seguida, é essencial articular esses serviços entre si. Por fim, podemos vislumbrar uma integração abrangente, na qual a Atenção Primária à Saúde assume papel central na coordenação do cuidado, visando superar a fragmentação da rede. É fundamental estabelecer, de forma clara e

inequívoca, as responsabilidades sanitárias de cada serviço e equipe de saúde, determinando quem é responsável pelo quê e em quais condições específicas podem cumprir essas responsabilidades.

A humanização e a integralidade do cuidado são objetivos fundamentais para trabalhadores e serviços de saúde. Para alcançar esses objetivos, é essencial repensar as estratégias de ação e colocar o usuário como sujeito ativo na gestão do cuidado voltado à sua saúde. Um exemplo de estratégia que pode ser implementada é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Silva, 2011).

Quando perguntados se há resistência na distribuição de pacientes no Amazonas, a resposta do entrevistado P3 foi a seguinte:

Então a gente não tem essa resistência porque é assim, como a gente já tem poucos mecanismos, tipo sendo bem sincera, a gente tem poucos CAPS para o quantitativo populacional e a demanda que a gente tem, seja para nível de Estado até mesmo um nível de Capital. O nosso sistema ele tá inchado. A gente tem muito paciente, né? Porque isso é uma coisa que eu sempre falo muito: o paciente da Saúde Mental ele não é um paciente que sai do sistema, uma vez que ele entra ele fica para o resto da vida muito dificilmente ele vai sair ou receber alta ainda mais aqueles que são severos e persistentes, né? Então eu não tenho uma saída, eu vejo que isso é um problema...

De acordo com as respostas, é enfático que uma parte dos profissionais da saúde mental acredita no desenvolvimento de uma rede em processo de construção, porém mantém uma postura crítica, reconhecendo as dificuldades enfrentadas. Entre essas dificuldades, destaca-se o número insuficiente de serviços de assistência em saúde mental, o que resulta em uma cobertura limitada, combinada com uma integração praticamente inexistente entre os diversos dispositivos e níveis de complexidade. Essas dificuldades são aspectos cruciais que caracterizam o trabalho em rede e merecem atenção. A falta de articulação resulta em um acesso restrito dos usuários aos diferentes serviços, muitas vezes dependente da rede de contatos pessoais dos profissionais da saúde mental.

No relato dos participantes, ficou evidente a carência de infraestrutura da rede para suprir a demanda, tanto em termos de instalações físicas quanto de recursos humanos. Além disso, observou-se a ausência de prioridade na alocação de investimentos e de uma vontade política para reformular a lógica de funcionamento e reorganizar a estrutura dos dispositivos na área da saúde mental.

Embora os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam considerados elementos estratégicos, cada vez mais se reconhece que a atenção em saúde mental deve ser vista como uma rede de cuidados que engloba uma variedade de dispositivos, como a Atenção Primária, as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios, os Centros de Convivência, entre outros recursos.

No entanto, enfrenta-se o desafio da falta de capacitação desses profissionais para lidar com questões de saúde mental, o que resulta em encaminhamentos precipitados de pacientes para os CAPS. Infelizmente, apesar do incentivo à territorialização e à articulação em redes ampliadas de serviços de saúde mental, parece haver grande distância entre o que é proposto na política de saúde mental e o que é observado na realidade concreta (Gryschek; Pinto, 2015).

Para Souza (2018), um dos grandes desafios reside em promover diálogos sobre saúde mental e todas as suas conexões, incluindo a avaliação dos laços interpessoais e a qualidade das interações com o mundo, indivíduos, instituições, entre outros. Nos anos vindouros, espera-se que essa demanda seja mais proeminente na atenção primária à saúde, o que requererá reflexão por parte de profissionais, equipes e serviços sobre a relação entre etnicidade e interculturalidade.

O apoio matricial possibilita o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, como ainda o acesso a outras informações, à construção de novas estratégias de intervenção, à corresponsabilização e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar. Nessa direção, tais políticas apontam a necessidade de integração da saúde mental ao cotidiano das práticas da Atenção Básica para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde (Santos, 2020).

Para que os direitos, conceitos e práticas mencionados na discussão sejam efetivamente reconhecidos, novos desafios emergem devido às mudanças culturais na percepção da loucura e do adoecimento mental. Para que esses direitos se tornem realidade concreta, é essencial que o coletivo – incluindo gestores, equipes de saúde, usuários, familiares, redes de assistência, judiciário e sociedade em geral – se envolva ativamente na busca por conhecê-los e discuti-los e na garantia de sua aplicação (Toledo, 2018).

De acordo com o plano estadual de governo (2022-2024), é crucial considerar a necessidade de fomentar nos municípios, nas regiões e no estado a capacidade de expandir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir das experiências e

realidades vivenciadas nos territórios. Por essa razão, é de suma importância que a coordenação estadual acompanhe e fortaleça as iniciativas locais. Se não conseguirmos oferecer suporte e reflexão para lidar com o sofrimento presente em nossos territórios, será difícil alcançar uma regionalização efetiva da atenção em saúde mental (Amazonas, 2024).

Apesar dos esforços empreendidos, o desconhecimento sobre a situação atual do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país ainda persiste. Apesar do progresso nas publicações na área, ainda há a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interação entre os diversos pontos de atenção. Isso ocorre porque a disponibilidade e a (des)articulação dos serviços têm impacto negativo significativo na atenção em saúde mental (Valente, 2021).

5 CONCLUSÃO

A análise da governança pública na política de saúde mental no estado do Amazonas destacou desafios complexos na coordenação e implementação eficaz dos serviços. A colaboração entre os diferentes níveis de governo e os diversos atores sociais é essencial para superar as barreiras estruturais e institucionais que, historicamente, têm comprometido a eficácia das políticas de saúde mental no Brasil.

Especialmente, a governança multinível da política de saúde mental no Amazonas enfrenta desafios significativos que vão além da simples execução de leis, como a Lei Nº 10.216/2001, que promove a reforma psiquiátrica e substitui hospitais psiquiátricos por serviços comunitários. Embora essa lei represente um avanço importante, a realidade no Amazonas sublinha a necessidade de um modelo de governança mais integrado. É crucial fortalecer a articulação entre os governos federal, estadual e municipal, além de envolver diversos setores da sociedade civil para garantir que as políticas públicas sejam eficazes e alcancem toda a população.

A complexidade da situação demanda uma abordagem abrangente e ajustada às características regionais, focada na forte integração entre os diferentes níveis de governo e os setores sociais. Para superar as barreiras estruturais e institucionais identificadas, é essencial fortalecer a colaboração entre as instituições e investir na capacitação profissional. A política de saúde mental deve ser elaborada a partir de uma perspectiva local, considerando as particularidades geográficas e culturais da Amazônia, para garantir que as soluções sejam eficazes e acessíveis a todos.

Além disso, é crucial assegurar o financiamento adequado e implementar sistemas contínuos de monitoramento e de avaliação, passos fundamentais para expandir e melhorar a qualidade dos serviços. Os principais desafios apontados incluem a escassez de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a falta de profissionais capacitados, o que compromete tanto a oferta quanto a qualidade dos serviços de saúde mental. A vasta geografia do Amazonas e as dificuldades de acesso às áreas rurais e comunidades ribeirinhas agravam essas questões, demandando soluções inovadoras e adaptadas.

Nesse sentido, a governança em rede, com a participação ativa de instituições de saúde, organizações não governamentais, famílias e usuários dos serviços, é essencial para o fortalecimento da política de saúde mental. Essa

abordagem deve promover a integração dos serviços de saúde mental com a atenção básica e outros níveis de cuidado, assegurando atendimento contínuo e de qualidade. Logo, para avançar na construção de uma governança pública eficaz, recomenda-se:

- Reforçar a articulação interinstitucional – Promover o diálogo e a colaboração entre os diversos níveis de governo e setores envolvidos na saúde mental.
- Investir em capacitação – Qualificar profissionais de saúde mental e gestores para atuarem de maneira integrada e eficaz.
- Desenvolver políticas adaptadas às realidades locais – Levar em conta as particularidades geográficas, culturais e sociais do Amazonas ao formular e implementar políticas públicas.
- Assegurar financiamento adequado – Garantir recursos financeiros suficientes para a expansão e manutenção dos serviços de saúde mental.
- Monitorar e avaliar continuamente – Estabelecer sistemas de monitoramento e avaliação para acompanhar a eficácia das políticas e fazer ajustes.

Além disso, é essencial investir na formação contínua de profissionais e gestores para assegurar que possam atuar de maneira integrada e eficaz. A formulação de políticas públicas deve considerar a identidade geográfica e cultural da Amazônia, desenvolvendo soluções inovadoras para superar obstáculos e aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos. O financiamento adequado também é um componente crucial para o sucesso da governança multinível em saúde mental. É necessário garantir recursos financeiros suficientes para expandir os serviços, capacitar profissionais e implementar soluções adaptadas às realidades locais.

Por fim, o estabelecimento de sistemas sólidos de monitoramento e avaliação permitirá acompanhar continuamente a eficácia das políticas, realizando ajustes e melhorias conforme necessário. A governança multinível em saúde mental no Amazonas deve ser entendida como um processo dinâmico e contínuo, que exige o compromisso e colaboração de todos os atores envolvidos. Somente por meio de uma abordagem integrada e participativa será possível implementar eficazmente as

políticas de saúde mental, proporcionando cuidado adequado e inclusivo para toda a população do estado.

Novos estudos são necessários, visando romper barreiras, entendendo a complexidade geográfica do estado do Amazonas, que apresenta desafios significativos na implementação e eficácia das políticas de saúde mental. As áreas remotas e de difícil acesso dificultam a mobilização de recursos e a prestação de serviços adequados, resultando em desigualdades no acesso à saúde. Assim, é crucial realizar pesquisas que analisem como essa diversidade geográfica impacta a alocação de recursos e a gestão de serviços de saúde mental. A compreensão dessas dinâmicas pode auxiliar na formulação de estratégias específicas para atender às necessidades das comunidades mais isoladas, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados adequados.

Além disso, estudos que avaliem a integração de novas tecnologias digitais, como a telemedicina, pode ser uma solução promissora para superar as barreiras impostas pela geografia. Pesquisas focadas na viabilidade e eficácia dessas abordagens tecnológicas são fundamentais para ampliar o acesso aos serviços de saúde mental em regiões remotas

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando L.; SANO, Hironobu. A experiência de cooperação interestadual no Brasil: formas de atuação e seus desafios. **Cadernos Adenauer**, v. 12, n. 4, p. 91-110, 2011.
- ACEMOGLU, D. *et al.* Innovation articles in general interest economics journals 2006 (32 articles). **Journal of the European Economic Association**, v. 4, n. 1, p. 37-74, 2006a; **Growth**, v. 4, n. 1, p. 37-74, 2006.
- ALMEIDA, Aline Barreto de; ACIOLE, Geovani Gurgel. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 971-981, 2014.
- ALMEIDA, Andréa Andrade; PINTO, Márcia Nascimento; LIMA, Renato Abreu. Fatores que influenciam a permanência dos alunos ingressantes em um curso superior no Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Educação, Cultura e Sociedade**, v. 8, n. 1, 2022.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e a atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 123 p.
- AQUINO, Milena Soares *et al.* **Dinâmicas da violência no estado do Amazonas**. Manaus, 2023.
- ARAÚJO RIBEIRO, Glaúcia Maria *et al.* **Políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde mental**: uma releitura das capacidades estatais técnicas, burocráticas e políticas, em especial na região do Amazonas. Manaus, 2023.
- ARAÚJO, Tânia Maria de; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. Saúde mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, p. e2023098, 2023.
- ARMITAGE, Derek. Governance and the commons in a multi-level world. **International Journal of the Commons**, v. 2, n. 1, p. 7-32, 2008.
- ASSIS, Wanessa Dunga de *et al.* Tribunal de Contas da União. **Governança pública**: referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhoria. Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014.
- ASSIS, Wanessa Dunga de *et al.* **Modelo conceitual para diagnóstico de governança multinível da água em bacias hidrográficas compartilhadas no Brasil**. [S.l. : s.n.t.], 2022.

BARBOSA, Taciana Lemos *et al.* **Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM):** discursos e práticas de gestores e profissionais. [S. l. : s.n.t.], 2019.

BATAGLIN, Jaiarys Capa. **Barreiras e facilitadores da inovação social:** estudo de casos múltiplos no Brasil. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. ***Saúde e Sociedade***, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017.

BEVIR, M. Governança democrática: uma genealogia. ***Rev. Sociol. Polit.***, v. 19, n. 39, p. 103-114, jun. 2011.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BICHIR, Renata Mirandola. **Governança multinível.** [S.l. : s.n.t.], 2018.

BONADIMAN, Cecília Silva Costa *et al.* A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: estudo de carga global de doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 191-204, 2017.

BORGES, Gislaine; NETO, Luis Moretto. Governança em saúde pública: mecanismos e critérios avaliativos em processos de participação cidadã. **Desenvolve Revista de Gestão do Unilasalle**, v. 9, n. 3, p. 27-44, 2021.

BORGES, Marcelo Vieira. Desafios na Rede Pública de Saúde Mental e o Papel Moderador da Governança Relacional. **Revista FAROL**, v. 14, n. 14, p. 43-63, 2021.

BORGES, Rosa. Uma metodologia para a edição de textos do século XX. **Revista Philologus**, v. 26, n. 76, p. 787-805, 2020. Supl.

BOTELHO, Joacy Machado; CRUZ, Vilma Aparecida Gimenes. **Metodologia científica.** São Paulo: Pierson Education do Brasil, 2013.

BOVAIRD, T. Public governance: balancing stakeholder power in a network society. **International Review of Administrative Sciences**, v. 71, n. 2, p. 217-228, jun. 2005.

BRAND, Fabiane Cristina; FACCIN, Kadigia. Métodos de pesquisa em governança de redes: uma revisão de estudos. **Revista de Administração da UNIMEP**, v. 13, n. 2, p. 26-43, 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Dayane Degner Ribeiro; LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 10, n. 1, p. 14-32, 2021.

BUTCHER, Nancy J. *et al.* Guidelines for reporting outcomes in trial reports: the CONSORT-outcomes 2022 extension. **Jama**, v. 328, n. 22, p. 2252-2264, 2022.

CAETANO, Adriana Soares *et al.* Centro de atenção psicossocial (CAPS) e reforma psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 1, n. 3, p. 94-101, 2011.

CALMON, André. **Política de Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios**. São Paulo: Editora Saúde, 2020.

CASTRO ALCÂNTARA, Valderí; PEREIRA, José Roberto; SILVA, Érica Aline Ferreira. Gestão social e governança pública: aproximações e (de) limitações teórico-conceituais. **Revista de Ciências da Administração**, v. 17, p. 11-29, 2015.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N.; PESSOA, J. M. JR.; MARCOLINO, E. C.; SILVA, J. A. JR.; BRANDÃO, G. C. G. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trab. Educ. Saúde**, 2019.

COSTA, A. **Residências terapêuticas no Brasil: uma análise da reintegração social**. São Paulo: Fiocruz, 2017.

COSTA, Genivaldo dos Santos. **O papel dos mecanismos de governança na formulação dos planos estaduais de segurança pública**. [S.l. : s.n.t.], 2022.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, p. 49-71, 2002.

COUTO, Maria C. V.; MARTINEZ, Renata G. (orgs.). **Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

ENJOLRAS, B. **Governance and general interest in social and health services**. Bruxelles: Editions Peter Lang, 2008.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 141-162, 2017.

FRAYZE-PEREIRA, João A.; SILVEIRA, Nise da. Imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. **Estudos Avançados**, v. 17, p. 197-208, 2003.

GARNELO, Luiza *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81-99, 2018.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225-1234, 2017.

GAUDIN, J-P. **Pourquoi la gouvernance?** Paris: Presse des Sciences, 2002.

GODOI, Heloisa *et al.* Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa, Catarina. ***Saúde e Sociedade***, v. 31, n. 4, p. 63-77, 2020.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 31-43, 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde 2023**. Manaus, 2023. Disponível em: <https://www.exemplo.com/plano-estadual-2023>. Acesso em: 10 set. 2024.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, RJ, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

HENRIQUES, R. Governança na saúde: reflexões sobre os modelos, práticas e inovações. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 56-62, 2016.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009.

JAFELICE, Giovana Telles; DA SILVA, Daniel Augusto; MARCOLAN, João Fernando. Potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 18, n. 1, p. 17-25, 2022.

JÚNIOR, Ernane Silva; DE LIMA FIGUEIREDO, Andre Junior; JUNIOR, Gilmar Antoniassi. Análise situacional da gestão do cuidado no serviço de saúde mental do estado do Amazonas. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 8, n. 2, p. 39-55, 2022.

JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate [on-line]**, v. 52, p. 15-37, 2014.

KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop. Governance network theory: past, present and future. **Policy & Politics**, v. 40, n. 4, p. 587-606, 2012.

KLJN, E.; KOPPENJAN, J. **Governance Networks in the Public Sector**. 2. ed. Londres: Routledge, 2012.

LASCOUTES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **A ação pública abordada pelos seus instrumentos**. [S.l. : s.n.t.], 2012.

MACHADO, Henrique Felix; DE FREITAS, Christiana Soares. Análise exploratória das redes de governança da internet: um mapeamento ator-rede. In: **Encontro Anual da Rede de Pesquisa em Governança da Internet**, v. 1, 2017.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS**. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MARENGO, E. Saúde mental e políticas públicas: revisão do estado da arte. **Revista Brasileira de Política de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 69-80, 2018.

MARKS, Gary *et al.* Política estrutural e governança multinível na CE. **O estado da Comunidade Europeia**, v. 2, p. 391-410, 1993.

MATIAS-PEREIRA, José. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 109-134, 2010.

MATOS, Maria da Conceição da Silva Nunes de. **Governança e políticas públicas em territórios de baixa densidade**. 2013. Dissertação (Mestrado).

MEDIOTTE, Elias José. **Governança multinível em cidades criativas da UNESCO: atores sociais e estruturas organizacionais no contexto da sustentabilidade em Florianópolis (SC) Brasil**. Florianópolis, 2023.

MELO, Bernardo Dolabella *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19**. [S.l. : s.n.t.], 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. [S.l. : s.n.t.], 2012.

MENDONÇA, R. **A Governança Multinível na Saúde Mental: coordenação e desafios no Brasil**. São Paulo: Fiocruz, 2022.

MIRANDA, Priscila Oliveira de; SOUZA, Orivaldo Florêncio de; FERREIRA, Terezinha de Freitas. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 332-340, 2014.

MIRANDA, Wallace Vieira; ZAGANELLI, Juliana Costa. Marco civil da internet e política pública de transparência: uma análise da e-democracia e do compliance público. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 7, n. 3, p. 633-646, 2017.

MORAES, Carlos Eduardo. Governança e reforma do sistema de saúde no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 13-22, 2020.

NAVARRO, Raquel Maria. **A história da Política de Saúde Mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação**. [S.l. : s.n.t.], 2015.

NEVES, Otávio Moreira de Castro. **Princípios de governo aberto como fatores para a confiança da sociedade civil organizada no governo**. [S.l. : s.n.t.], 2024.

OLIVEIRA, Renata Lima; MAIA, Ingrid Nascimento. Desafios e oportunidades para a integração entre saúde mental e saúde física na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 420-427, 2019.

PALOTTI, Pedro; FILGUEIRAS, Fernando; TESTA, Graziella G. **Desmobilização institucional e estilos de governança multinível: o caso da CIT da Saúde no governo federal brasileiro na pandemia de Covid-19**. [S.l. : s.n.t.], 2023.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 49, 2022.

PEDROSA, Tacianna Bandim; CÁCERES-SERRANO, Pablo. Centro Pop e Intersectorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 161-172, 2022.

PESSOA, Rafael Marques; MUNIZ, Reynaldo Maia; CKAGNAZAROFF, Ivan Beck. Governança colaborativa para pesquisa em saúde: uma análise do desenho do Programa Pesquisa para o SUS. **Revista Gestão & Tecnologia**, 2017.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, n. 246, p. 6-14, 2019.

POUPART, J. **A Efetividade das Políticas de Saúde Mental e Governança**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

RIBEIRO, Débora Stephanie; RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; DESLANDES, Suely Ferreira. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, p. e00046617, 2018.

ROTH, Ana Lúcia *et al.* Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudos. **Revista de Administração (São Paulo)**, v. 47, p. 112-123, 2012.

SABOURIN, Eric. Governança multinível no desenvolvimento rural: intermunicipalidade e territórios. **RP3-Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, n. 2, 2017.

SANTOS, Roberta Soares dos. Governança e políticas de saúde: uma análise da interface entre a gestão e a saúde mental no Brasil. **Revista de Gestão em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 1-18, 2022.

SANTOS, T. F. A. Redes de Atenção Psicossocial: desafios da implementação do modelo de atenção. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4, p. 60-70, 2021.

SEBASTIÃO, Roberta. O fortalecimento da saúde mental no SUS: estratégias e desafios. **Revista Brasileira de Política de Saúde**, v. 9, n. 2, p. 123-135, 2020.

SILVA, Carlos Alberto Ribeiro da; VIEIRA, Paulo Sérgio de Sousa. Redes de atenção à saúde: um estudo sobre a governança nas políticas públicas em saúde mental. **Revista Brasileira de Política de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 67-77, 2021.

SILVA, Fernanda Maia da. A governança na Saúde Mental: uma revisão sobre o cenário brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 55-65, 2022.

SILVA, Janaína Vilares da; CORGOZINHO, Juliana Pinto. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 12-21, 2011.

SILVA, T.; MENEZES, F. **Coordenação Intergovernamental e Desafios na Implementação de Políticas de Saúde**. São Paulo: Atlas, 2020.

SILVA, Victor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, v. 10, n. 19, p. 267-285, 2013.

SOARES, Carla; MAIA, Ingryd. O modelo de atenção psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica: uma análise do contexto nacional e internacional. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 100-112, 2020.

SOUZA, N. R.; PEREIRA, M. A.; FERNANDES, F. F. C. Avaliação da governança nas políticas públicas de saúde: estudo de caso em um município brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 150-160, 2021.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020315, 2020.

TEIXEIRA, Alex Fabiane; GOMES, Ricardo Corrêa. **Governança pública: uma revisão conceitual**, 2019.

TEIXEIRA, J. R.; SANTOS, C. F. Governança em saúde: uma análise do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Política de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2022.

THEURL, Theresia. **Estrutura de governança cooperativa**. Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 2005.

TOLEDO, Ana Maria Tavares de. **O que é governança em saúde?** São Paulo: Editora Unesp, 2018.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

WILLERDING, André Luis *et al.* Estratégias para o desenvolvimento da bioeconomia no estado do Amazonas. **Estudos Avançados**, v. 34, p. 145-166, 2020.

ZAHEER, Akbar; VENKATRAMAN, Natarjan. Relational governance as an interorganizational strategy: An empirical test of the role of trust in economic exchange. **Strategic Management Journal**, v. 16, n. 5, p. 373-392, 1995.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 334-345, 2009.

ZWEIFEL, Peter. Health economics explained through six questions and answers. **Economic Affairs**, v. 42, n. 1, p. 50-69, 2022.

YAMADA, Diego Bettiol. **Desenvolvimento de uma plataforma baseada no conhecimento para dar suporte à integração, análise e visualização dos dados de uma rede pública de atenção em saúde mental**. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

ANEXOS

ANEXO A – Entrevista Semiestruturada

Olá, me chamo José Osmar Martins Júnior, faço parte do grupo de mestrandos MINTER em parceria UEA-UFV, o título da minha pesquisa é: Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas. Através desse modelo de entrevista semiestruturada, contêm perguntas abertas permitindo que os entrevistados compartilhem suas experiências e perspectivas. Porém, podem ser realizadas perguntas de acompanhamento com base nas respostas dos entrevistados para obter informações mais detalhadas e insights.

Seção 1: Informações de Demografia

1. Gênero

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Outro

2. Idade:

- ☐ 18-24 anos
- ☐ 25-34 anos
- ☐ 35-44 anos
- ☐ 45-54 anos
- ☐ 55 anos ou mais

3. Profissão/Área de Atuação:

- ☐ Profissional de Saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.)
- ☐ Gestor de Saúde
- ☐ Outro (especificar): _____

Seção 2: Entrevista Semiestruturada

4. Como você percebe a interação e colaboração entre os diferentes níveis de governo (estadual e federal) na governança da política de saúde mental no estado do Amazonas?

5. Poderia compartilhar exemplos de como a dinâmica dessa interação entre os governos pode influenciar a tomada de decisões e a implementação de políticas de saúde mental no estado?

6. Qual é a sua visão sobre a política de saúde mental atual do estado do Amazonas em termos de seus objetivos e estratégias?

7. Como a relação impacta a formulação e implementação da política de saúde mental no estado?

8. Poderia destacar semelhanças e diferenças NA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO entre as políticas estaduais de saúde mental e as políticas nacionais de saúde mental?

9. Como você vê a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde mental (por exemplo, atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar) no estado do Amazonas?

10. Quais são os principais desafios e oportunidades relacionados à coordenação e colaboração entre esses níveis de atenção à saúde mental?

11. Como a estrutura da relação entre os governos pode afetar a forma como esses níveis de atenção se relacionam e colaboram?

12. Qual é a sua avaliação da efetividade da rede de saúde mental do Amazonas em termos de acesso, qualidade e equidade nos serviços?

13. Poderia compartilhar exemplos de programas ou políticas que, na sua opinião, tiveram um impacto positivo na saúde mental da população do Amazonas?

14. Quais são os principais desafios enfrentados na coordenação entre diferentes níveis de governo e como isso afeta a efetividade da governança de redes de saúde mental?

ANEXO B – Questionário

Seção 1 de 4

Olá, me chamo José Osmar Martins Júnior e estive em contato com você via telefone/WhatsApp para possa responder a minha pesquisa, que é parte do Mestrado Interinstitucional em parceria UEA – Universidade do Estado do Amazonas e UFV – Universidade Federal de Viçosa. O título da pesquisa é "Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas".

A resposta a este questionário é fundamental para a realização da pesquisa e consequentemente dos desdobramentos em relação aos resultados, tanto acadêmicos quanto aplicados à política do estado, por isso te agradeço muito pela disponibilidade. No questionário estão afirmações que avaliam as percepções e opiniões dos entrevistados sobre vários aspectos da governança multinível e da política de saúde mental no estado do Amazonas.

E-mail ?

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **"Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas"**. Nesta pesquisa pretendemos **Analisar a Governança Multinível na Rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**. Especificamente, pretende-se **a) Caracterizar a política de saúde mental do Estado do Amazonas; b) Examinar os elementos centrais na governança e articulação dos níveis de atenção à saúde mental no estado do Estado do Amazonas; c) Analisar a efetividade da governança de redes políticas de saúde mental no estado do Amazonas. PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Caso aceite participar, Será uma investigação com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, com a finalidade de observar, registrar, identificar e descrever os fenômenos, quais os elementos de governança, quem são os atores e instituições, como eles se organizam, quais protocolos, entraves e gargalos, falhas na estrutura, processos e mecanismos utilizados para implementação da política de Saúde Mental do Estado do Amazonas. Para a realização do estudo será realizada uma triangulação de dados. Inicialmente serão coletados relatórios e documentos em sites governamentais com cronologia atemporal para dar suporte à análise documental. Além disso, através do contato realizado inicialmente por telefone e ou via e-mail institucional ou pessoal do ator selecionado para pesquisa, será aplicado um questionário online, via google forms no período de fevereiro de 2024 a março de 2024, padronizado do tipo Escala de Likert a partir das seguintes categorias: Interação e Colaboração entre Níveis de Governo, Influência da Governança Multinível nas Decisões e Implementação de Políticas, percepção da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas, Impacto da Governança Multinível na Formulação e Implementação de Políticas, Coordenação entre Níveis de Atenção à Saúde Mental, Desafios na Coordenação

entre Níveis de Governo e Impacto na Efetividade, a priori para o conjunto de atores conectados ao objeto ligados aos municípios do estado. Por fim, entrevistas semiestruturadas, realizadas pessoalmente para os atores responsáveis pela RAPS ligados a gestão na SES – AM e SEMSA - AM, no período de março 2024 e abril 2024, as perguntas serão realizadas, também, considerando as categorias citadas acima com atores envolvidos com a gestão da rede a nível de estado. E para aprofundamento da temática, essas entrevistas, podem ser realizadas via google forms, também, nos municípios a depender dos resultados iniciais dos questionários. Neste caso, podem surgir novas categorias de análise.

Os sujeitos de entrevista serão atores que lidam diretamente com os serviços de saúde mental do Estado do Amazonas, como gestores, diretores e supervisores ou qualquer outra definição que estejam classificados desde que estejam com responsável pelo serviço aonde será realizada a pesquisa que podem ser nos seguintes locais: Secretaria de Saúde RT- Responsável Técnico pela Saúde Mental/RAPS – Rede de Atenção Psicossocial Em Manaus: Todos os serviços ligados a Rede de Saúde Mental, além dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sendo um CAPS i, um CAPS ad III, um CAPS II, um CAPS III, Ambulatórios em Saúde Mental em 05 (cinco) Policlínicas, Centro de Reabilitação em Dependência Química, Hospital Dr. Geraldo da Rocha, Centro de Saúde Mental do Amazonas, residências inseridas no Serviço Residencial Terapêutico. Nos demais municípios, aonde funcionam CAPS de qualquer tipologia ou qualquer outro serviço ligado, também, a rede de saúde mental. O motivo que nos leva a estudar é a relevância da pesquisa de fomentar uma discussão sobre a articulação das redes de governança multinível de saúde mental no estado do Amazonas, na tentativa de compreender os desafios encontrados levando em consideração seu planejamento, monitoramento e avaliação, de lacunas existentes na saúde mental do estado. Visto as falhas na estrutura, de processos e mecanismos utilizados para tomada de decisões implementação da política, coordenação e integração dos diferentes atores e instituições envolvidos nesse processo. Assim, como a elaboração de estudos acadêmicos contribui para o desenvolvimento da política de saúde mental do estado, para o processo de cidadania com contribuição empírica e, também, contribuição teórica para esse estudo tendo em vista a relação da governança de rede na particularidade do estado do Amazonas.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista online ou presencial (por vídeo, se necessário), na qual falaremos sobre **A Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**. Estima-se que você precisará de aproximadamente “60 minutos”, para responder 14 perguntas. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa.

Os pesquisadores garantem e se comprometem com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

RISCOS: Toda pesquisa com seres humanos pode causar riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual aos participantes. Tipo: Invasão de privacidade, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE), tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista, e considerar riscos relacionados à divulgação de imagem,

quando houver filmagens ou registros fotográficos. Para mitigá-los serão realizados os seguintes procedimentos: explicação da pesquisa e seus objetivos; ressaltar que o anonimato e o sigilo serão mantidos; dar liberdade ao participante para se expressar no decorrer da entrevista; armazenamento adequado dos dados coletados; e manutenção do sigilo e da confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Não utilizaremos gravadores de voz e nem de imagens.

DESPESAS/

RESSARCIMENTO DE DESPESAS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NO

PROJETO DE PESQUISA: Todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa são isentos de custos. Estando assegurado o direito ao ressarcimento quando necessário de despesas relacionadas à transporte e alimentação, incluindo tudo o que for necessário ao estudo, não previstas inicialmente, ao participante e acompanhante.

MODO: O pesquisador responsável deverá ser informado da despesa pelo participante para orientações e através de meios comprovativos (extratos de documentos registrados válidos) a depender da veracidade do comprovativo, o pesquisador fará o ressarcimento da despesa.

INDENIZAÇÕES DE DESPESAS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NO

PROJETO DE PESQUISA: Estando assegurado também o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado ao participante da pesquisa.

BENEFÍCIOS espera-se obter uma compreensão mais clara da governança da rede de política pública de saúde mental no Estado do Amazonas, identificando desafios, lacunas e práticas que podem contribuir para a melhoria da efetividade da política de saúde mental na região. Isso pode ser útil para informar a tomada de decisões e o desenvolvimento de estratégias para o aprimoramento do sistema de saúde mental no estado. Assim, como a elaboração de estudos acadêmicos contribui para o desenvolvimento da política de saúde mental do estado, para o processo de cidadania com contribuição empírica e, também, contribuição teórica para esse estudo tendo em vista a relação da governança de rede na particularidade do estado do Amazonas. **ESCLARECIMENTOS ANTES E DURANTE A PESQUISA:** Todos os participantes envolvidos na pesquisa terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Qualquer dúvida sobre a metodologia utilizada no projeto ou informação adicional necessária será esclarecida.

LIBERDADE DE RECUSAR OU RETIRAR O CONSENTIMENTO: A permissão para participar do projeto é voluntária, se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida. Portanto, estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização.

EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS E PRESERVAÇÃO DA PRIVACIDADE:

Garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Antes de serem encaminhados pela equipe de pesquisa responsável pelos cuidados do participante do estudo para qualquer outra instância, sejam para monitores, auditores, inspeção, outros pesquisadores ou o patrocinador. Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, independentemente dos resultados encontrados;

contudo, sem que haja identificação (anonimização) dos indivíduos que prestaram contribuição como participantes, respeitando assim, a privacidade dos mesmos conforme rege as normas éticas.

Este termo de consentimento será previamente apresentado, disponibilizado em formato eletrônico via e-mail institucional ou pessoal para o conjunto de atores conectados ao objeto ligados aos municípios do estado tendo em vista a distância e acesso geográfico, pois se torna inviável e oneroso para pesquisa. As entrevistas serão realizadas e registradas em formulário específico, pessoalmente de forma física, contendo perguntas abertas que respondam os objetivos da pesquisa, com atores envolvidos com a gestão da rede a nível de estado SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde e SES – Secretaria Estadual de Saúde. As entrevistas, nesse caso serão gravadas em áudio, somente após autorização do participante.

E para aprofundamento da temática, essas mesmas entrevistas, também, poderão ser realizadas via google forms, nos municípios a depender dos resultados iniciais dos questionários aplicados.

Os dados, gravações em áudio e instrumentos utilizados na pesquisa tanto os questionários e entrevistas aplicados eletronicamente, serão impressos, ou físico ficarão impressos e arquivados tanto digitalmente como fisicamente com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “**Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. _____ de _____ de 2024.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Assistente
José Osmar Martins Júnior
E-mail: jojunior@uea.edu.br
Tel.: (92) 981606028

Assinatura do Pesquisador Responsável
Thiago de Melo Teixeira da Costa
E-mail: thiagocosta@ufv.br
Tel.: (31) 36127018

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Federal de Viçosa
Edifício Arthur Bernardes, piso inferior
Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG
Telefone: (31)3899-2492
Email: cep@ufv.br
www.cep.ufv.br

Se você está de acordo com o termo apresentado marque a alternativa e siga adiante.

() Aceito participar da pesquisa

Seção 2 de 4

Identificação

Qual seu município?

- () Apuí
- () Autazes
- () Borba
- () Coari
- () Codajas
- () Eirunepé
- () Humaitá
- () Itacoatiara
- () Lábrea
- () Manaquiri

- () Manicoré
- () Maués
- () Nova Olinda do Norte
- () Novo Aripuanã
- () Parintins
- () Presidente Figueiredo
- () Seção Gabriel da Cachoeira
- () Tapauá
- () Tefé
- () Manacapuru
- () Manaus
- () Guajará
- () Rio Preto da Eva
- () Careiro
- () Iranduba
- () Outro: _____

Qual o nome do CAPS e modalidade?

Seção 3 de 4

Dados pessoais

3. Gênero ?

- () Masculino
- () Feminino
- () Outro

4. Qual sua idade ?

- () 18-24 anos
- () 25-34 anos
- () 35-44 anos
- () 45-54 anos
- () 55 anos ou mais

5. Qual sua profissão/Área de Atuação:

() Profissional de Saúde (médico, enfermeiro, psicólogo etc.)

() Gestor de Saúde

() Outro (especificar): _____

Seção 4 de 4

Questionário

6. Existe coordenação entre os diferentes níveis de governo na governança da política de saúde mental no Estado do Amazonas.

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

7. A colaboração entre os atores da rede de saúde mental no Estado do Amazonas é eficaz.

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

8. A política de saúde mental do Estado do Amazonas está alinhada com as diretrizes nacionais de saúde mental

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

9. As diretrizes da política de saúde mental do Estado do Amazonas são claras.

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

10. A política de saúde mental do estado do Amazonas é abrangente para todos os municípios.

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

11. A estrutura organizacional da política de saúde mental no Estado do Amazonas é eficaz.

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

12. As metas e objetivos da política de saúde mental do estado do Amazonas São claras e mensuráveis.

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

13. A coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde mental no Estado do Amazonas é eficaz.

a. Discordo Totalmente

b. Discordo parcialmente

c. Não concordo nem discordo

d. Concordo parcialmente

e. Concordo totalmente

14. A colaboração entre os diferentes níveis de atenção à saúde mental no Estado do Amazonas é eficiente

a. Discordo Totalmente

- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

15. A articulação entre os níveis de governo na rede de saúde mental do Amazonas contribui significativamente para melhorar o acesso aos serviços de saúde mental.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

16. A articulação entre os níveis de governo (municipal, estadual e federal) promove a qualidade e a equidade nos serviços de saúde mental no Estado do Amazonas.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

17. Os objetivos estabelecidos estão sendo cumpridos pela política de saúde mental no estado do Amazonas.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

18. A relação entre a política de saúde mental e a rede de cuidados em saúde mental no estado são integradas.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

19. A política de saúde mental atende às necessidades da população diversificada e à vasta extensão geográfica do Estado do Amazonas.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

20. O número de recursos humanos presente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é adequado.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

21. A população que necessita de serviços na área de saúde mental é totalmente assistida seja ela na atenção primária, secundária e terciária.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

22. Os princípios da reforma psiquiátrica no estado são adequados para o seu território.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

23. A estrutura para o acolhimento do doente com transtorno psíquico, na rede é suficiente.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente

- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

24. O número de profissionais habilitados para atuar em saúde mental é suficiente.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

25. O estado suporta a capacidade de atendimento para pacientes em grau de sofrimento mais agravado que necessite de internação.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Concordo parcialmente
- e. Concordo totalmente

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas”**. Nesta pesquisa pretendemos **Analisar a Governança Multinível na Rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**. Especificamente, pretende-se **a) Caracterizar a política de saúde mental do Estado do Amazonas; b) Examinar os elementos centrais na governança e articulação dos níveis de atenção à saúde mental no estado do Estado do Amazonas; c) Analisar a efetividade da governança de redes políticas de saúde mental no estado do Amazonas.** **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Caso aceite participar, Será uma investigação com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, com a finalidade de observar, registrar, identificar e descrever os fenômenos, quais os elementos de governança, quem são os atores e instituições, como eles se organizam, quais protocolos, entraves e gargalos, falhas na estrutura, processos e mecanismos utilizados para implementação da política de Saúde Mental do Estado do Amazonas.

Para a realização do estudo será realizada uma triangulação de dados. Inicialmente serão coletados relatórios e documentos em sites governamentais com cronologia atemporal para dar suporte à análise documental. Além disso, através do contato realizado inicialmente por telefone e ou via e-mail institucional ou pessoal do ator selecionado para pesquisa, será aplicado um questionário online, via google forms no período de fevereiro de 2024 a março de 2024, padronizado do tipo Escala de Likert a partir das seguintes categorias: Interação e Colaboração entre Níveis de Governo, Influência da Governança Multinível nas Decisões e Implementação de Políticas, percepção da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas, Impacto da Governança Multinível na Formulação e Implementação de Políticas, Coordenação entre Níveis de Atenção à Saúde Mental, Desafios na Coordenação entre Níveis de Governo e Impacto na Efetividade, a priori para o conjunto de atores conectados ao objeto ligados aos municípios do estado. Por fim, entrevistas semiestruturadas, realizadas pessoalmente para os atores responsáveis pela RAPS ligados a gestão na SES – AM e SEMSA - AM, no período de março 2024 e abril 2024, as perguntas serão realizadas, também, considerando as categorias citadas acima com atores envolvidos com a gestão da rede a nível de estado. E para aprofundamento da temática, essas entrevistas, podem ser realizadas via google forms, também, nos municípios a depender dos resultados iniciais dos questionários. Neste caso, podem surgir novas categorias de análise.

Os sujeitos de entrevista serão atores que lidam diretamente com os serviços de saúde mental do Estado do Amazonas, como gestores, diretores e supervisores ou qualquer outra definição que estejam classificados desde que estejam com responsável pelo serviço aonde será realizada a pesquisa que podem ser nos seguintes locais: Secretaria de Saúde RT- Responsável Técnico pela Saúde Mental/RAPS – Rede de Atenção Psicossocial Em Manaus: Todos os serviços ligados a Rede de Saúde Mental, além dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sendo um CAPS i, um CAPS ad III, um CAPS II, um CAPS III, Ambulatórios em Saúde Mental em 05 (cinco) Policlínicas, Centro de Reabilitação em Dependência Química, Hospital Dr. Geraldo da Rocha, Centro de Saúde Mental do Amazonas, residências inseridas no Serviço Residencial Terapêutico. Nos demais municípios, aonde funcionam CAPS de qualquer tipologia ou qualquer outro serviço ligado, também, a rede de saúde mental. O motivo que nos leva a estudar é a relevância da pesquisa de fomentar uma discussão sobre a articulação das redes de

governança multinível de saúde mental no estado do Amazonas, na tentativa de compreender os desafios encontrados levando em consideração seu planejamento, monitoramento e avaliação, de lacunas existentes na saúde mental do estado. Visto as falhas na estrutura, de processos e mecanismos utilizados para tomada de decisões implementação da política, coordenação e integração dos diferentes atores e instituições envolvidos nesse processo. Assim, como a elaboração de estudos acadêmicos contribui para o desenvolvimento da política de saúde mental do estado, para o processo de cidadania com contribuição empírica e, também, contribuição teórica para esse estudo tendo em vista a relação da governança de rede na particularidade do estado do Amazonas.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista online ou presencial (por vídeo, se necessário), na qual falaremos sobre **A Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**. Estima-se que você precisará de aproximadamente “60 minutos”, para responder 14 perguntas. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa.

Os pesquisadores garantem e se comprometem com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

RISCOS: Toda pesquisa com seres humanos pode causar riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual aos participantes. Tipo: Invasão de privacidade, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE), tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista, e considerar riscos relacionados à divulgação de imagem, quando houver filmagens ou registros fotográficos. Para mitigá-los serão realizados os seguintes procedimentos: explicação da pesquisa e seus objetivos; ressaltar que o anonimato e o sigilo serão mantidos; dar liberdade ao participante para se expressar no decorrer da entrevista; armazenamento adequado dos dados coletados; e manutenção do sigilo e da confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Não utilizaremos gravadores de voz e nem de imagens.

DESPESAS/

RESSARCIMENTODEDESPESASDECORRENTESDAPARTICIPAÇÃOONO

PROJETO DE PESQUISA: Todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa são isentos de custos. Estando assegurado o direito ao ressarcimento quando necessário de despesas relacionadas à transporte e alimentação, incluindo tudo o que for necessário ao estudo, não previstas inicialmente, ao participante e acompanhante.

MODO: O pesquisador responsável deverá ser informado da despesa pelo participante para orientações e através de meios comprovativos (extratos de documentos registrados válidos) a depender da veracidade do comprovativo, o pesquisador fará o ressarcimento despesa.

IDENIZAÇÕES DE DESPESAS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃOONO

PROJETO DE PESQUISA: Estando assegurado também o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado ao participante da pesquisa.

BENEFÍCIOS espera-se obter uma compreensão mais clara da governança da rede de política pública de saúde mental no Estado do Amazonas, identificando

desafios, lacunas e práticas que podem contribuir para a melhoria da efetividade da política de saúde mental na região. Isso pode ser útil para informar a tomada de decisões e o desenvolvimento de estratégias para o aprimoramento do sistema de saúde mental no estado. Assim, como a elaboração de estudos acadêmicos contribui para o desenvolvimento da política de saúde mental do estado, para o processo de cidadania com contribuição empírica e, também, contribuição teórica para esse estudo tendo em vista a relação da governança de rede na particularidade do estado do Amazonas. **ESCLARECIMENTOS ANTES E DURANTE A PESQUISA:** Todos os participantes envolvidos na pesquisa terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Qualquer dúvida sobre a metodologia utilizada no projeto ou informação adicional necessária será esclarecida.

LIBERDADE DE RECUSAR OU RETIRAR O CONSENTIMENTO: A permissão para participar do projeto é voluntária, se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Portanto, estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização.

EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS E PRESERVAÇÃO DA PRIVACIDADE: Garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Antes de serem encaminhados pela equipe de pesquisa responsável pelos cuidados do participante do estudo para qualquer outra instância, sejam para monitores, auditores, inspeção, outros pesquisadores ou o patrocinador. Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, independentemente dos resultados encontrados; contudo, sem que haja identificação (anonimização) dos indivíduos que prestaram contribuição como participantes, respeitando assim, a privacidade dos mesmos conforme rege as normas éticas.

Este termo de consentimento será previamente apresentado, disponibilizado em formato eletrônico via e-mail institucional ou pessoal para o conjunto de atores conectados ao objeto ligados aos municípios do estado tendo em vista a distância e acesso geográfico, pois se torna inviável e oneroso para pesquisa. As entrevistas serão realizadas e registradas em formulário específico, pessoalmente de forma física, contendo perguntas abertas que respondam os objetivos da pesquisa, com atores envolvidos com a gestão da rede a nível de estado SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde e SES – Secretaria Estadual de Saúde. As entrevistas, nesse caso serão gravadas em áudio, somente após autorização do participante.

E para aprofundamento da temática, essas mesmas entrevistas, também, poderão ser realizadas via google forms, nos municípios a depender dos resultados iniciais dos questionários aplicados.

Os dados, gravações em áudio e instrumentos utilizados na pesquisa tanto os questionários e entrevistas aplicados eletronicamente, serão impressos, ou físico ficarão impressos e arquivados tanto digitalmente como fisicamente com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Os pesquisadores

tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “**Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. _____ de _____ de 2024.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Assistente
José Osmar Martins Júnior
E-mail: jojuniior@uea.edu.br
Tel.: (92) 981606028

Assinatura do Pesquisador Responsável
Thiago de Melo Teixeira da Costa
E-mail: thiagocosta@ufv.br
Tel.: (31) 36127018

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Federal de Viçosa
Edifício Arthur Bernardes, piso inferior
Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG
Telefone: (31)3899-2492
Email: cep@ufv.br
www.cep.ufv.br

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-ON-LINE

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas”**. Nesta pesquisa pretendemos **Analisar a Governança Multinível na Rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**. Especificamente, pretende-se a) **Caracterizar a política de saúde mental do Estado do Amazonas;** b) **Examinar os elementos centrais na governança e articulação dos níveis de atenção à saúde mental no estado do Estado do Amazonas;** c) **Analisar a efetividade da governança de redes políticas de saúde mental no estado do Amazonas.**

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Caso aceite participar, Será uma investigação com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, com a finalidade de observar, registrar, identificar e descrever os fenômenos, quais os elementos de governança, quem são os atores e instituições, como eles se organizam, quais protocolos, entraves e gargalos, falhas na estrutura, processos e mecanismos utilizados para implementação da política de Saúde Mental do Estado do Amazonas.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: aplicação de questionário eletrônico., constituído por 23 perguntas, relacionadas a **Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**. Estima-se que você precisará de aproximadamente, 10 minutos. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa.

RISCOS: Toda pesquisa com seres humanos pode causar riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual aos participantes. Tipo: Invasão de privacidade, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE), tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário e considerar riscos relacionados à divulgação de imagem, quando houver filmagens ou registros de áudios. Para mitigá-los serão realizados os seguintes procedimentos: explicação da pesquisa e seus objetivos; ressaltar que o anonimato e o sigilo serão mantidos; dar liberdade ao participante para se expressar no decorrer do questionário; armazenamento adequado dos dados coletados; e manutenção do sigilo e da confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Não utilizaremos gravadores de voz e nem de imagens.

DESPESAS/

RESSARCIMENTODEDESPESASDECORRENTESDAPARTICIPAÇÃO NO

PROJETO DE PESQUISA: Todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa são isentos de custos. Estando assegurado o direito ao ressarcimento quando necessário de despesas relacionadas à transporte e alimentação, incluindo tudo o que for necessário ao estudo, não previstas inicialmente, ao participante e acompanhante.

MODO: O pesquisador responsável deverá ser informado da despesa pelo participante para orientações e através de meios comprovativos (extratos e documentos registrados válidos) a depender da veracidade do comprovativo, o pesquisador fará o ressarcimento despesa.

IDENIZAÇÕES DE DESPESAS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NO

PROJETO DE PESQUISA: Estando assegurado também o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado ao participante da pesquisa.

BENEFÍCIOS espera-se obter uma compreensão mais clara da governança da rede de política pública de saúde mental no Estado do Amazonas, identificando desafios, lacunas e práticas que podem contribuir para a melhoria da efetividade da política de saúde mental na região. Isso pode ser útil para informar a tomada de decisões e o desenvolvimento de estratégias para o aprimoramento do sistema de saúde mental no estado. Assim, como a elaboração de estudos acadêmicos contribui para o desenvolvimento da política de saúde mental do estado, para o processo de cidadania com contribuição empírica e, também, contribuição teórica para esse estudo tendo em vista a relação da governança de rede na particularidade do estado do Amazonas.

ESCLARECIMENTOS ANTES E DURANTE A PESQUISA: Todos os participantes envolvidos na pesquisa terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Qualquer dúvida sobre a metodologia utilizada no projeto ou informação adicional necessária será esclarecida.

LIBERDADE DE RECUSAR OU RETIRAR O CONSENTIMENTO: A permissão para participar do projeto é voluntária, se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo(a) a tomar a decisão livre e esclarecida. Portanto, estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização.

EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS E PRESERVAÇÃO DA PRIVACIDADE: Garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Antes de serem encaminhados pela equipe de pesquisa responsável pelos cuidados do participante do estudo para qualquer outra instância, sejam para monitores, auditores, inspeção, outros pesquisadores ou o patrocinador. Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, independentemente dos resultados encontrados; contudo, sem que haja identificação (anonimização) dos indivíduos que prestaram contribuição como participantes, respeitando assim, a privacidade dos mesmos conforme rege as normas éticas.

Os pesquisadores garantem e se comprometem com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

Os dados, gravações em áudio e instrumentos utilizados na pesquisa, questionários aplicados eletronicamente, serão impressos, ou físico ficarão impressos e arquivados tanto digitalmente como fisicamente com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, concordo em participar voluntariamente do presente estudo como participante. O pesquisador me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. O pesquisador me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Fui informado também que devo imprimir ou gerar um pdf do TCLE para ter a minha cópia do TCLE e que posso solicitar uma versão dele via e-mail para os pesquisadores.

ACEITO PARTICIPAR

NÃO ACEITO PARTICIPAR

CONTATO: _____ (E-mail)

Assinatura: _____

Para contatar um dos pesquisadores da pesquisa, você poderá encaminhar um e-mail, ligar ou mandar mensagens pelo WhatsApp para eles a qualquer momento:

Pesquisador Responsável: Thiago de Melo Teixeira da Costa. E-mail:

thiagocosta@ufv.br. Tel.: (31) 36127018

Pesquisador Assistente. José Osmar Martins Júnior. E-mail: jojunior@uea.edu.br.

Tel.: (92) 981606028

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário

Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492

E-mail: cep@ufv.br

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Assistente
José Osmar Martins Júnior
E-mail: jojunior@uea.edu.br
Tel.: (92) 981606028

Assinatura do Pesquisador Responsável
Thiago de Melo Teixeira da Costa
E-mail: thiagocosta@ufv.br
Tel.: (31) 36127018

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO

Observação: a pesquisa tem o objetivo geral de **Analisar a Governança Multinível na Rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**, porém, por questões de tramitação dos requerimentos, nesse momento, ainda não tivemos condições de acessar e/ou obter todas as respostas com autorização prévia das secretarias estado e prefeituras de todos os municípios do estado do Amazonas conectadas a rede de saúde mental que compõe o estado do Amazonas. Na certeza de apresentarmos todas as justificativas e documentações assinadas na etapa relatório final.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de responsável pela _____, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**” a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador José Osmar Martins Júnior, e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa. Manaus, _____ de _____ 2024.

Assinatura (Carimbo AUTORIZAÇÃO)

ANEXO F – Termo de Sigilo e Confidencialidade

Eu JOSÉ OSMAR MARTINS JÚNIOR, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Governança Multinível na rede da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas**, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro

- a) Que a coleta dos dados da pesquisa será feita somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Nome do Pesquisador Responsável: Thiago de Melo Teixeira da Costa

Endereço: Av. Olívia de Castro Almeida, 236, Bairro Clélia Bernardes

Telefone: (31) 36127018

E-mail: thiagocosta@ufv.br

Manaus, _____ de _____ 2024

Assinatura do Pesquisador Responsável
Thiago de Melo Teixeira da Costa
E-mail: thiagocosta@ufv.br
Tel.: (31) 36127018