Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813) v.12 n.3 (2026)
DOI: 10.18310/2446-4813.2026v12n3.5300

Artigo Original

O sanitarista na Rede de Atenção Psicossocial: práticas da Saúde Coletiva na perspectiva de profissionais de um CAPS na Amazônia oriental brasileira

The public health professional in the Psychosocial Care Network: Public Health practices from the perspective of professionals at a CAPS in Eastern Brazilian Amazon

El sanitarista en la Red de Atención Psicosocial: prácticas de Salud Colectiva desde la perspectiva de profesionales de un CAPS en la Amazonía oriental brasileña

Eric Renato Lima Figueiredo
Bacharel e Mestre em Saúde Coletiva; Professor Substituto na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Campus II. Belém, PA, Brasil;
Licenciado y Magíster en Salud Colectiva; Profesor Sustituto en la Universidad del Estado de Pará (UEPA), Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud (CCBS), Campus II. Belém, PA, Brasil;
E-mail: eric.renatoo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9383-8392

Ana Cristina Viana Campos
Pós-doutorado em Saúde Pública. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Professora do Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Matemática (PPGECM/Unifesspa). Coordenadora do Laboratório e Observatório em Vigilância & Epidemiologia Social (LOVES/Unifesspa). Mentora de Carreira Acadêmica Feminina. Faculdade de Saúde Coletiva. Marabá, PA, Brasil;
Posdoctorado en Salud Pública. Doctora en Salud Colectiva. Profesora Adjunta de la Universidad Federal del Sur y Sudeste de Pará (Unifesspa). Profesora del Programa de Posgrado en Educación en Ciencias y Matemáticas (PPGECM/Unifesspa). Coordinadora del Laboratorio y Observatorio en Vigilancia y Epidemiología Social (LOVES/Unifesspa). Mentora de Carrera Académica Femenina. Facultad de Salud Colectiva. Marabá, PA, Brasil;
E-mail: anacampos@unifesspa.edu.br; ORCID: 0000-0003-0596-6632

Contribuição dos autores: ERLF contribuiu para o delineamento do estudo, a condução do grupo focal, a análise e interpretação dos dados, a redação do manuscrito e a revisão final. ACVC atuou como coorientadora da pesquisa, auxiliou na análise dos dados e na revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovou a versão final do manuscrito. MBSL atuou como orientadora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, desde a elaboração do projeto até a coleta e a análise dos dados, além da revisão crítica do trabalho final e da aprovação da versão final. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Mayara Barbosa Sindeaux Lima
Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela UFPA. Professora associada da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa) e diretora da Faculdade de Psicologia (FAPSI/Unifesspa). Marabá, PA, Brasil;
Doctora en Teoría e Investigación del Comportamiento por la UFPA. Profesora asociada de la Universidad Federal del Sur y Sudeste de Pará (Unifesspa) y directora de la Facultad de Psicología (FAPSI/Unifesspa). Marabá, PA, Brasil;
E-mail: mayarasindeaux@unifesspa.edu.br; ORCID: 0000-0002-7788-0849

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 01/07/2026

Aprovado em: 28/09/2026

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Introdução: A interface entre Saúde Coletiva e Saúde Mental configura-se como espaço estratégico para atuação do sanitarista, especialmente em contextos periféricos e de elevada complexidade social, como a Amazônia Oriental brasileira. **Objetivo**: Investigar formas de atuação do sanitarista (Bacharel em Saúde Coletiva) no campo da Saúde Mental, a partir da percepção de uma equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial na Amazônia Oriental. **Métodos**: Estudo qualitativo exploratório com grupo focal realizado com nove profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II em Marabá, Pará, Brasil. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. **Resultados**: Emergiram duas categorias: 1) Principais demandas e desafios na Saúde Mental, revelando a desarticulação da rede, o estigma sociocultural e as lacunas na integralidade do cuidado como um ciclo que exige atuação intersetorial; 2) Práticas da Saúde Coletiva na Saúde Mental, delineando ações como planejamento e avaliação de serviços, análise situacional e articulação matricial. **Conclusões**: A interface Saúde Mental-Saúde Coletiva é um espaço estratégico para inserção do sanitarista na região amazônica, onde desafios geográficos e sociopolíticos tornam ainda mais necessária a atuação desse profissional. Avanços normativos recentes conferem sustentação jurídica a essa inserção, mas a efetivação depende da criação de cargos públicos, de programas de residência multiprofissional e de ações de educação permanente em serviço.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviço de Saúde Mental; Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde.

Abstract: Introduction: The interface between Public Health and Mental Health is a strategic space for the work of the public health professional, especially in peripheral contexts of high social complexity, such as the Eastern Brazilian Amazon. **Objective**: To investigate the potential roles of the public health professional in Mental Health from the perspective of a multidisciplinary team at a Psychosocial Care Center in the Eastern Brazilian Amazon. **Methods**: A qualitative exploratory study using a focus group with nine professionals at a type II Psychosocial Care Center in Marabá, Pará, Brazil. Data were treated through Bardin's thematic content analysis. **Results**: Two categories emerged: 1) Key demands and challenges in Mental Health, revealing disarticulation of the care network, sociocultural stigma, and gaps in comprehensive care as a cycle demanding intersectoral action;

2) Public Health practices in Mental Health, outlining actions such as service planning and evaluation, situational epidemiological analysis, and matrix-based articulation. **Conclusions**: The Mental Health-Public Health interface is strategic for the insertion of the public health professional in the Amazon region, where geographic and sociopolitical challenges make this professional's role even more necessary. Recent normative advances provide legal support, but effectiveness depends on implementation actions at state and municipal levels, including the creation of public positions, multiprofessional residency programs, and continuing education in service.

Keywords: Mental Health; Mental Health Services; Qualitative Research; Unified Health System.

Resumen: Introducción: La interfaz entre Salud Colectiva y Salud Mental se configura como un espacio estratégico para la actuación del sanitarista, especialmente en contextos periféricos y de elevada complejidad social, como la Amazonía oriental brasileña. **Objetivo**: Investigar las potenciales formas de actuación del sanitarista (Licenciado en Salud Colectiva) en Salud Mental, desde la perspectiva de un equipo multiprofesional de un Centro de Atención Psicosocial en la Amazonía oriental brasileña. **Métodos**: Estudio cualitativo exploratorio con grupo focal realizado con nueve profesionales de un Centro de Atención Psicosocial tipo II en Marabá, Pará, Brasil. Datos analizados mediante análisis de contenido temático de Bardin. **Resultados**: Emergieron dos categorías: 1) Principales demandas y desafíos en Salud Mental, mostrando la desarticulación de la red, el estigma sociocultural y las brechas en la integralidad del cuidado como un ciclo que requiere actuación intersectorial; 2) Prácticas de Salud Colectiva en Salud Mental, delineando planificación y evaluación de servicios, análisis epidemiológico situacional y articulación matricial. **Conclusiones**: La interfaz Salud Mental-Salud Colectiva es un espacio estratégico para la inserción del sanitarista en la Amazonía, donde los desafíos geográficos y sociopolíticos hacen aún más necesaria su actuación. Avances normativos recientes brindan sustento jurídico, pero su efectividad depende de acciones de inducción a nivel subnacional, que incluyen la creación de cargos públicos, programas de residencia multiprofesional y educación permanente en servicio.

Palabras clave: Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Investigación Cualitativa; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A formação de profissionais aptos a atuar no monitoramento, na avaliação das condições de saúde da população e na organização dos serviços é uma demanda histórica e estratégica para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a emergência do campo da Saúde Coletiva a partir da década de 1970, articulado por instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a formação do sanitarista foi reconfigurada, incorporando três dimensões estruturantes: Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; e Planejamento, Gestão e Políticas de Saúde, constituindo o tripé da Saúde Coletiva[1–4].

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, aprovadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 544, de 10 de março de 2017, consolidou o perfil do egresso, orientando a formação para competências em vigilância, planejamento, gestão, epidemiologia, educação em saúde e ciências humanas e sociais em saúde, em consonância com as necessidades do SUS[5]. Na região Norte, o curso de bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa), iniciado em 2014, foi criado para suprir a carência de sanitaristas aptos a intervir sobre as necessidades de saúde locais, marcadas por desigualdades regionais, conflitos fundiários e intensos fluxos migratórios. No estado do Pará também são formados sanitaristas em nível de bacharelado em mais duas universidades públicas: Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Oeste do Pará.

Estudos recentes sobre a inserção profissional de egressos indicam um processo gradual: Scher, Pinto, Santos[6] apontam que 47% dos egressos entrevistados estão inseridos na área de formação, enquanto Rossi e Barsaglini[7] discutem a construção da identidade sanitarista, evidenciando a necessidade de políticas de gestão do trabalho que favoreçam a absorção desses profissionais. Viana e Silva[8] problematizam a consolidação da profissão após mais de 15 anos de graduação em Saúde Coletiva, analisando desafios e perspectivas.

Avanços normativos recentes representam um marco para o campo. A Lei n. 14.725, de 16 de novembro de 2023, regulamenta a profissão de sanitarista e estabelece suas atribuições, incluindo análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde; planejamento, gestão e coordenação de atividades de Saúde Coletiva; e atuação em vigilância em saúde[9]. O Decreto n. 12.921, de 6 de abril de 2026, operacionaliza a lei, definindo os fluxos de registro profissional e as responsabilidades institucionais para a inserção do sanitarista no SUS[10].

Dentre os campos de atuação do sanitarista, a Saúde Mental destaca-se como espaço particularmente desafiador, marcado por contradições e pelo confronto entre diferentes paradigmas[11]. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088/2011, materializa os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, integrando serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e leitos em hospitais gerais[12].

A literatura que explora as interfaces entre Saúde Coletiva e Saúde Mental vem crescendo, mas ainda é incipiente quanto ao papel específico do sanitarista na RAPS, especialmente em contextos amazônicos. A justificativa do estudo reside em três dimensões complementares. Primeiro, na ampliação da compreensão das possibilidades de inserção e da prática profissional do sanitarista na atenção psicossocial, contribuindo para o debate sobre a gestão do trabalho no SUS. Segundo, na especificidade do contexto amazônico, marcado por desafios geográficos, desigualdades regionais e fragilidades na articulação da rede de atenção e serviços de saúde mental, que tornam a atuação generalista e territorializada desse profissional particularmente necessária. Por fim, no cenário normativo recente, com a regulamentação da profissão de sanitarista, que exige investigações sobre como essa inserção pode se materializar nos serviços e na formação em Saúde Coletiva.

Diante dessa lacuna, o objetivo deste estudo é investigar as formas de atuação do sanitarista no campo da Saúde Mental a partir da percepção de profissionais inseridos na RAPS do município de Marabá, Pará, buscando delinear um perfil de atuação esperado para este profissional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que utilizou a técnica de grupo focal para investigar as formas de atuação e delinear o perfil esperado do profissional sanitarista no campo da Saúde Mental, tomando como referência a percepção de outros profissionais de saúde integrantes da RAPS. O cenário do estudo foi o CAPS tipo II do município de Marabá, Pará, serviço que funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, e que constitui ponto estratégico da RAPS na região de abrangência da Unifesspa. O município de Marabá, localizado no sudeste do Pará, constitui um polo regional de aproximadamente 280 mil habitantes, marcado por intensos fluxos migratórios, conflitos fundiários e uma configuração urbana dispersa[13]. Essas características impõem desafios adicionais à organização da RAPS, como a cobertura desigual dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso às comunidades mais distantes. Tais particularidades fazem de Marabá um cenário pertinente para investigar a inserção do sanitarista em contextos periféricos de elevada complexidade social.

Participantes

Participaram do estudo nove profissionais vinculados ao CAPS, selecionados por conveniência e de forma a refletir a composição multiprofissional da equipe. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de nível superior, técnico ou de ofício vinculado ao CAPS tipo II de Marabá; estar em exercício regular no serviço durante o período de coleta de dados; e atuar diretamente no cuidado, nas oficinas terapêuticas ou nos processos de reabilitação psicossocial. Foram critérios de exclusão: profissionais afastados por férias, licenças ou qualquer outro motivo que impossibilitasse a participação no encontro do grupo focal; e profissionais que não atuavam diretamente no serviço no período da coleta.

O grupo foi composto por três enfermeiros (E1, E2, E3), dois artesãos (A1, A2), um psicólogo (P), um terapeuta ocupacional (TO), um assistente social (AS) e um médico psiquiatra (M). A média de idade foi de 37,7 anos (DP ± 5,5; amplitude de 27 a 54 anos). Sete participantes eram do sexo feminino, seis se autodeclararam pardos, quatro eram solteiros e quatro possuíam renda inferior a cinco salários mínimos. O tempo médio de formação na graduação foi de 8,8 anos (DP ± 6,5) e a experiência média no campo da

saúde mental foi de 7,8 anos (DP ± 4,7). A inclusão dos artesãos justifica-se pelo reconhecimento de seu papel na equipe interdisciplinar do CAPS, atuando diretamente nas oficinas terapêuticas e nos processos de reabilitação psicossocial, em consonância com o modelo de atenção integral preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental[14].

Declaração sobre o Uso de Inteligência Artificial Generativa

Em conformidade com a Política de Integridade na Atividade Científica do CNPq (Portaria nº 2.664/2026), declaramos que a ferramenta de Inteligência Artificial Generativa DeepSeek (DeepSeek AI) foi utilizada como assistente na etapa de revisão linguística (ortografia, gramática, concordância e coesão) deste manuscrito. Todas as sugestões foram analisadas criticamente e reescritas pelos autores, que assumem responsabilidade integral pelo conteúdo final, incluindo a originalidade das ideias, a veracidade dos dados e a exatidão das citações e referências. Nenhum trecho foi copiado sem revisão, e todas as fontes foram devidamente citadas.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (CAAE 98479718.4.0000.0018), em conformidade com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde[15]. A coleta de dados ocorreu somente após a apresentação dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes. Para preservar o anonimato, as falas foram codificadas conforme a categoria profissional (ex.: E para enfermeiro, P para psicólogo), sem qualquer identificação nominal, e o nome da coordenadora do serviço, mencionado em uma das transcrições, foi suprimido e substituído pela descrição de sua função.

Questionário de caracterização

Inicialmente, foi aplicado um questionário semiestruturado autoaplicável para levantamento das seguintes informações: formação profissional, idade, sexo, raça/cor, estado civil, renda, tempo de atuação na área da saúde e tempo de atuação específico na saúde mental. Os dados contribuíram para a descrição do perfil sociodemográfico e profissional dos participantes.

Grupo focal

O grupo focal foi realizado em um único encontro, com duração de uma hora e trinta minutos, no auditório do CAPS. O número de participantes e a duração foram definidos com base na literatura, que recomenda grupos entre seis e quinze integrantes e sessões de 60 a 90 minutos para garantir profundidade nas interações sem causar dispersão[16]. A escolha por grupo focal único justificou-se pelo caráter exploratório do estudo e pela homogeneidade de contexto dos participantes, pois todos atuavam no mesmo serviço e compartilhavam a vivência da RAPS local, o que permitiu alcançar saturação de sentidos em um único encontro[17].

O roteiro do grupo focal foi estruturado em dois momentos. No primeiro, o pesquisador principal realizou uma breve exposição dialogada (aproximadamente 15 minutos) sobre o campo da Saúde Coletiva, a formação do bacharel e o perfil profissional, com o intuito de nivelar conhecimentos prévios e contextualizar a discussão. No segundo momento (aproximadamente 75 minutos), foram propostas três questões disparadoras, ancoradas no tripé de atuação do sanitarista (Gestão, Planejamento e Políticas Públicas; Epidemiologia; e Ciências Sociais e Humanas em Saúde):

1. Quais são as principais demandas e os maiores desafios que vocês encontram no cotidiano do CAPS e da rede de saúde mental de Marabá?

2. Como vocês percebem que os saberes e as práticas da Saúde Coletiva poderiam contribuir para enfrentar esses desafios?

3. Considerando a formação e as competências do sanitarista, de que forma esse profissional poderia atuar concretamente no campo da saúde mental?

As interações foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, gerando um corpus textual submetido à análise. A escolha do grupo focal como técnica de coleta fundamentou-se na sua adequação para explorar percepções coletivas e promover a interação entre os participantes, favorecendo a emergência de consensos e dissensos sobre um tema ainda pouco explorado

empiricamente: o papel do sanitarista na saúde mental. O grupo constituiu, assim, um espaço de reflexão crítica e produção compartilhada de conhecimento entre os profissionais[16].

Análise dos dados

O tratamento do material seguiu as etapas da análise de conteúdo temática proposta por Bardin[18]. O processo foi conduzido manualmente pelo pesquisador principal e operacionalizado em cinco fases: 1) Pré-análise: leitura flutuante de todo o corpus para organização do material e verificação da completude e representatividade das transcrições; 2) Exploração do material: codificação linha a linha, identificando unidades de registro relacionadas ao objeto de estudo, com códigos descritivos (ex.: "desconhecimento do CAPS pela rede", "estigma da loucura", "necessidade de dados epidemiológicos"); 3) Agrupamento temático: os códigos foram agrupados por afinidade em clusters de sentido, convergindo para duas categorias temáticas finais: (a) Principais demandas e desafios na Saúde Mental; (b) Práticas da Saúde Coletiva na Saúde Mental. O referencial teórico do tripé da Saúde Coletiva[1] funcionou como eixo organizador da segunda categoria, em um movimento dedutivo que ancorou os achados empíricos ao problema de pesquisa; 4) Tratamento dos resultados: as categorias foram interpretadas à luz da literatura sobre Saúde Coletiva, Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial, buscando articular as percepções dos participantes com os princípios do SUS e da RAPS; 5) Redação final: elaboração da síntese interpretativa, com seleção de trechos representativos das falas para ilustrar cada categoria.

Para reforçar a fidedignidade da análise, adotou-se a estratégia de *peer debriefing*: os resultados preliminares foram apresentados e discutidos com um segundo pesquisador com experiência em pesquisa qualitativa e saúde mental, que examinou a pertinência das categorias e a consistência entre códigos, agrupamentos e interpretações[19]. Divergências foram resolvidas por consenso, e ajustes pontuais foram incorporados à versão final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A composição do grupo, que reuniu profissionais de nível superior, técnico e de ofício, reflete a natureza interdisciplinar do trabalho em saúde mental, no qual diferentes saberes concorrem para a construção do cuidado[14]. A

presença de artesãos na equipe do CAPS de Marabá é expressão concreta do modelo de atenção psicossocial que valoriza as oficinas terapêuticas e as tecnologias de reabilitação pelo trabalho e pela arte, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira[20].

Categoria 1 – Principais demandas e desafios na Saúde Mental

Quando questionados sobre os principais entraves e desafios encontrados no cotidiano do serviço, os participantes inicialmente apontaram:

> "[...] conscientizar o resto da rede sobre o que é o CAPS! É um desafio eterno, eu acho, e parece que as pessoas nunca conseguem assimilar com clareza o que é CAPS [...]" (E1).

> "[...] a saúde mental não é só CAPS, ela não se faz somente no CAPS, mas ela se faz em toda uma rede que existe dentro do município [...]" (AS).

O desconhecimento sobre o papel do CAPS na rede é recorrente na literatura. Estudos anteriores já haviam identificado que, para muitos profissionais da rede geral de saúde, o CAPS é percebido como o único serviço responsável pela saúde mental, o que gera encaminhamentos inadequados e sobrecarga da equipe[21,22].

A dificuldade de abordagem integral foi atribuída a uma "questão cultural":

> "[...] é uma questão mais cultural também, então esse isolamento desses usuários no CAPS tem muito a ver também com isso. Por quê? Se um usuário do CAPS, ele vai num Hospital Geral, por exemplo, ele tem um transtorno mental, mas ele vai para o Hospital Geral por uma questão clínica [...] ali na porta mesmo no pronto socorro existe uma enorme dificuldade daquela equipe compreender o motivo que aquele usuário chegou ao hospital, porque se ele tem um transtorno mental então ele não tem mais nada, ele só tem o transtorno mental, ele pode tá com uma perna quebrada, ele pode tá com a diabetes descompensada [...] mas o fato dele ter um transtorno [...] aquilo ali já gera toda uma dificuldade da equipe de saúde da Instituição pra compreender para além disso." (P).

Essa percepção pode ser compreendida à luz da crítica ao paradigma médico-científico tradicional, que produz um olhar reducionista e fragmenta o sujeito[21,23]. Sampaio e Bispo Júnior[24], ao avaliarem a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental no Brasil, verificaram que dificuldades de comunicação e a fragmentação entre os serviços comprometem a integralidade, corroborando os achados deste estudo.

A gestão orientada por dados e a participação dos trabalhadores na construção de indicadores são condições essenciais para a qualificação dos serviços, como reforçam Onocko-Campos et al.[25] ao proporem indicadores para avaliação dos CAPS tipo III:

> "[...] depende muito da gestão, é o olhar do gestor, é o entendimento da necessidade desses serviços que muitas vezes ajudam a avançar no serviço." (E1).

> "[...] contribuir para a construção da rede de saúde mental, eu acho que sendo coletivo, conseguindo estabelecer instrumentos para conhecer a comunidade, conhecer a coletividade, tantos instrumentos quantitativos e epidemiológicos, né, todos os instrumentos estatísticos do DATASUS [...]" (M).

O estigma e o preconceito também foram apontados como barreiras para a inserção social e o cuidado integral[26]:

> "A ideia das pessoas ainda é de isolar [...] é muito difícil pra nós que trabalhamos com vínculo trabalhar com essas situações, imagina então uma família que já tem uma dificuldade." (P).

> "[...] a saúde mental é dependente da cultura, a saúde mental depende de sua cultura, muito mais do que outros ramos da saúde [...]" (M).

O cuidado familiar foi outro desafio destacado:

> "[...] a gente precisa também dessa ótica familiar que muitas vezes precisa e a família também fica adoecida [...] a família não vai saber mesmo lidar com ele e a família não vai ter suporte [...] então um suporte da rede básica de saúde seria importante pra ajudar essa família, uma política pra ajudar as famílias dessas pessoas com transtorno mental [...]" (A2).

Lancetti e Amarante[11] apontam que o cuidado em saúde mental no contexto familiar é complexo, mas também abre oportunidade para a atuação contínua nos territórios. A abordagem territorial é um dos pilares da atenção psicossocial[21,27].

Os principais entraves formam um ciclo complexo e retroalimentado (a desarticulação da rede e a cultura do estigma perpetuam um modelo de cuidado fragmentado, que sobrecarrega o CAPS e dificulta o apoio às famílias e a inclusão social dos usuários). Esse cenário demanda uma atuação estratégica e intersetorial, alinhada ao perfil de competências do sanitarista, conforme delineado por Paim[1] e reconhecido pela Lei n. 14.725/2023[9].

Desse modo, a desarticulação da rede demanda competências de planejamento e gestão; o estigma cultural exige ferramentas das ciências sociais e humanas para a desnaturalização das representações sobre a loucura; e a lacuna na integralidade convoca a intersetorialidade como prática estruturante[28]. Configura-se, portanto, um cenário no qual os três componentes do tripé da Saúde Coletiva encontram aplicação direta e articulada.

No contexto amazônico, esses entraves assumem contornos particulares. A configuração urbana dispersa de Marabá, marcada por intensos fluxos migratórios e por conflitos fundiários[13], produz territórios desiguais nos quais a cobertura da RAPS é descontínua e o acesso aos serviços exige deslocamentos por longas distâncias[29].

Essa dispersão territorial agrava a desarticulação da rede, pois dificulta a continuidade do cuidado entre o CAPS, a atenção primária e os demais pontos de atenção, especialmente para usuários que residem em áreas rurais, assentamentos ou bairros periféricos distantes[24,28]. O estigma sociocultural, por sua vez, tende a se intensificar em contextos de maior vulnerabilidade social, nos quais a saúde mental é frequentemente interpretada a partir de matrizes culturais que associam o sofrimento psíquico à periculosidade ou à incapacidade[23,26].

A lacuna na integralidade do cuidado, nesses territórios, não é apenas um problema de gestão, mas também um efeito das desigualdades regionais que marcam a Amazônia oriental[29]. Esse cenário reforça a necessidade de um profissional capaz de operar em redes frágeis, com ferramentas de planejamento territorial, análise situacional e articulação intersetorial[1,30] o que aproxima as demandas identificadas do perfil de competências do sanitarista.

Categoria 2 – Práticas da Saúde Coletiva na Saúde Mental

As práticas da Saúde Coletiva organizam-se em torno do tripé: Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; e Planejamento, Gestão e Políticas de Saúde[1]. Aplicadas à saúde mental, adquirem contornos específicos conforme as diretrizes da Portaria n. 3.088/2011, que institui a

RAPS e preconiza a integralidade, a intersetorialidade e o cuidado territorializado[12].

Planejamento, gestão e articulação em rede

A necessidade do planejamento para a superação da fragmentação foi evidenciada:

> "[...] ter outros serviços para oferecer, outros serviços que estão dentro da política de saúde mental e que às vezes foram mal elaborados lá em cima [...]" (E1).

O planejamento estratégico situacional permite que gestores e trabalhadores reconheçam os problemas específicos de cada território, priorizem ações e monitorem resultados[30]. A articulação intersetorial apareceu como condição:

> "[...] âmbitos diretos, né, quando a gente pensa nessa questão de acesso à justiça, outras situações em que a gente vê essa demanda voltando no CAPS pelo fato de ter o transtorno mental, então é bem mais amplo do que só com o olhar da saúde, tem a assistência social [...]" (TO).

> "A gente consegue parceria, a justiça, por exemplo, hoje em dia ela trabalha muito com a questão cobrando, ela não trabalha educando [...]" (E3).

A intersetorialidade, princípio da Reforma Psiquiátrica, inclui justiça, assistência social, trabalho, educação e cultura[21,27].

O apoio matricial foi apontado como tecnologia de integração:

> "[...] o matriciamento é uma ferramenta de integração na prática; é a gente se integrando como rede. O nosso trabalho no matriciamento é a gente tentar integrar essa rede" (E3).

> "Matriciamento é o fazer junto, né [...] tudo separando um mesmo ser, né, deixando de olhar uma pessoa como um ser humano e olhando ela como um transtorno, e isso afeta muito mais o usuário" (A1).

O apoio matricial constitui um arranjo de cogestão e de cuidado compartilhado entre equipes de referência e de apoio especializado[31,32]. Historicamente, a Portaria n. 256/2013 já incluía o sanitarista no NASF para funções de apoio matricial[33]. Atualmente, esse papel foi ampliado e consolidado com a instituição das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) pela Portaria GM/MS nº 635/2023[34], que inclui o sanitarista entre as categorias profissionais aptas a compor essas equipes,

atuando de maneira complementar e integrada às equipes da APS e fortalecendo a articulação com outros pontos da rede, como a RAPS[9].

A transição do NASF para a eMulti, embora ainda em curso em muitos municípios, representa um avanço na organização do trabalho interprofissional e na qualificação do cuidado integral[35]. Dessa forma, a Lei n. 14.725/2023, ao regulamentar a profissão, e a Portaria GM/MS nº 635/2023, ao inserir o sanitarista no escopo das eMulti, consolidam juridicamente o espaço desse profissional na APS e no apoio matricial, abrindo caminho para sua atuação também na articulação com a RAPS.

Na Amazônia oriental, o planejamento e a gestão da RAPS enfrentam desafios adicionais decorrentes da extensão territorial e da heterogeneidade dos territórios. A distribuição desigual dos serviços, a dificuldade de fixação de profissionais em áreas remotas e a fragilidade dos sistemas de transporte sanitário impõem limites concretos à articulação em rede[36].

Nesse cenário, o sanitarista pode contribuir para a construção de diagnósticos situacionais que considerem não apenas indicadores clínicos, mas também as condições de vida, os fluxos migratórios e as dinâmicas territoriais que afetam a saúde mental da população[30,37]. A articulação intersetorial, nesse contexto, não é apenas uma diretriz política, mas uma necessidade prática: sem a integração entre saúde, assistência social, justiça, educação e organizações comunitárias, o cuidado em saúde mental permanece fragmentado e incapaz de responder à complexidade das demandas locais[27,28].

Epidemiologia aplicada à saúde mental

A carência de dados epidemiológicos emergiu de forma contundente:

> "[...] o profissional de saúde coletiva, até pela formação dele, ajudaria muito na questão dos dados epidemiológicos, né?! Pra fazer gestão é a nossa carência [...] a gente tem muita dificuldade de levantar dados epidemiológicos [...]" (E2).

> "A gente nunca fez um levantamento epidemiológico; a gente não tem esses dados de faixa etária, de bairro. [...] A questão das notificações epidemiológicas dentro da Secretaria de Saúde é só pra fazer isso, as notificações, basicamente" (E1).

A ausência de levantamentos epidemiológicos sistemáticos no serviço não é um problema apenas técnico, mas expressão de um modelo de gestão que historicamente priorizou a produção de procedimentos em detrimento da análise das necessidades de saúde da população. Como apontam Furtado et al.[38] e Onocko-Campos et al.[25], a avaliação em saúde mental deve combinar indicadores de processo e de resultado, preservando a complexidade do campo e evitando reducionismos que transformam o sofrimento psíquico em dado estatístico descontextualizado. O sanitarista, nesse cenário, pode atuar como mediador entre a produção de dados e a sua tradução em ações concretas de planejamento[1,30] contribuindo para que a epidemiologia deixe de ser um instrumento burocrático e se torne ferramenta de transformação das práticas.

Ciências Sociais e Humanas em Saúde

A terceira dimensão do tripé compareceu nas falas que reivindicam uma compreensão ampliada do sujeito:

> "[...] é ver o usuário pelo usuário, como um todo, o social, o cultural, econômico, da sociedade, o contexto, do território em que ele está inserido [...] Ele não chegou aqui do nada pra lugar nenhum, ele vem de uma história, ele vem de uma cultura [...] e é importante entender esse contexto de onde ele vem, onde ele está e pra onde ele vai" (AS).

A fala de AS sintetiza o que Lancetti e Amarante[11] denominam “clínica do território”: uma abordagem que não se limita ao sintoma, mas busca compreender o sujeito em sua história, sua cultura e suas redes de pertencimento. Essa perspectiva é especialmente relevante na Amazônia, onde as trajetórias de vida dos usuários são marcadas por deslocamentos, rupturas e reconstruções de vínculos comunitários[29]. O sanitarista, ao incorporar as ciências sociais e humanas em sua prática, pode contribuir para desnaturalizar representações estigmatizantes sobre a loucura[21,23,26] e para construir intervenções que respeitem os modos de existir dos sujeitos em seus territórios[11]. Esse olhar, que desnaturaliza os fenômenos e centraliza o sujeito em seu território, é condição para práticas orientadas pela Reforma Psiquiátrica[39].

Participação social e controle social no SUS

A participação social e o controle social, embora não tenham emergido diretamente das falas dos participantes, constituem dimensão interpretativa

complementar que se articula aos desafios identificados na Categoria 1. Trata-se de uma leitura fundamentada na literatura sobre a Reforma Psiquiátrica e nas competências atribuídas ao sanitarista pela Lei n. 14.725/2023, e não de um achado empírico produzido pelo grupo focal. Essa distinção é relevante para preservar a fidelidade analítica aos dados e, ao mesmo tempo, ampliar a compreensão do objeto a partir do referencial teórico adotado.

A conexão com os achados da Categoria 1 se estabelece por meio da desarticulação da rede, apontada pelos participantes como desafio central e que não se resolve apenas com arranjos técnicos de gestão, mas exige a participação ativa de usuários, familiares e comunidades na definição das prioridades e no monitoramento das ações[24,26,28].

Destarte, o estigma sociocultural, também identificado nas falas, tende a ser confrontado de forma mais eficaz quando os próprios usuários e seus familiares ocupam espaços de fala e decisão, contribuindo para desnaturalizar representações sobre a loucura. Neste sentido, as lacunas na integralidade do cuidado demandam mecanismos de cogestão que aproximem serviços e territórios, o que requer a institucionalização de espaços participativos. O sanitarista, ao atuar na RAPS, pode contribuir para a articulação com conselhos de saúde locais, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, potencializando a cogestão e a democracia institucional[40–42]. Essa atuação é especialmente relevante no contexto amazônico, onde a distância entre serviços e comunidades impõe a necessidade de estratégias participativas que ampliem o alcance das políticas públicas e fortaleçam o controle social nos territórios e uma cultura participativa[43].

A participação da sociedade civil na formulação de políticas de saúde e no controle social, como exercício cotidiano e micropolítico, é atravessada por desafios relativos ao poder, à dominação e à hegemonia, exercidos tanto por coerção quanto por consentimento[44]. Na saúde mental, o protagonismo e a autonomia são fundamentais para que não se reproduza a instituição manicomial; a operacionalização desses mecanismos estratégicos, como imperativo ético, insere o "usuário de saúde mental" como ator principal, colocando-o em um lugar de responsável e capaz de pronunciar-se sobre os

rumos da própria vida, e não como sujeito alienado ou incapaz, fruto de estigmas de cunho jurídico-clínico[45].

Nesse sentido, discutir a participação e o controle social não é um mero elemento acessório[44], mas sim condição para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e para a construção de uma rede de cuidado verdadeiramente territorializada e inclusiva.

A inserção do sanitarista: perfil ético-político

O reconhecimento do perfil pelos profissionais foi inequívoco:

> "Pra começo de história, todo gestor ou secretário municipal de saúde deveria ser um profissional formado em saúde coletiva" (E3).

Essa fala, embora expressa em tom de provocação, revela uma demanda por qualificação técnica e ética da gestão em saúde. Trata-se de uma percepção dos participantes, que será articulada, nesta seção, com a literatura sobre o perfil do sanitarista. O sanitarista, formado no tripé da Saúde Coletiva[1], é um profissional cuja formação o habilita a operar tanto no nível das políticas quanto no nível dos serviços, articulando saberes epidemiológicos, sociais, de gestão, vigilância e educação em saúde.

Na saúde mental, essa formação adquire contornos específicos: exige não apenas competência técnica, mas também compromisso ético com os princípios da Reforma Psiquiátrica[11,14,20], com a defesa dos direitos humanos e com a produção de cuidado em liberdade. Como afirmam Akerman e Feuerwerker[39], o sanitarista é um profissional cuja identidade se constrói na interface entre o saber técnico e o compromisso político com a transformação das práticas de saúde[7].

> "E pelo tripé que foi apresentado da saúde coletiva, ele é bem extenso, ele estimula essa visão mais holística, e é justamente isso que o gestor deve se propor" (TO).

> "... olhar para a saúde pública, não olhavam o espectro de uma forma ampla... então o SUS, sendo visto de um ponto de vista de um profissional da saúde coletiva, ele teria uma tendência a enxergar toda a situação e não só de medicalizar no mínimo deveria ter uma regularização, uma legislação que obrigasse tantos profissionais a estarem presentes dentro da administração, com essa formação em saúde pública" (E3).

A última fala expressa uma demanda que a Lei n. 14.725/2023 veio a responder, ao regulamentar a profissão e estabelecer as competências e os requisitos éticos para o exercício profissional[9,10]. A partir da articulação entre as percepções dos participantes e a literatura, delineia-se um perfil esperado para o sanitarista na RAPS de Marabá: um generalista capaz de operar as ferramentas da epidemiologia para monitorar, em nível populacional, no tempo e no espaço, os fenômenos relativos aos aspectos biopsicossociais; exercer a gestão e o planejamento intersetorial; aplicar as ciências sociais à leitura do território. Mais do que um técnico, espera-se um agente ético e político, capaz de traduzir as diretrizes da Reforma Psiquiátrica em práticas concretas de organização do cuidado[11,39].

Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. A realização de um único grupo focal, embora adequada ao caráter exploratório e à saturação de sentidos alcançada, restringe a abrangência das percepções captadas, que se referem a um único serviço e a um grupo específico de profissionais. A amostra por conveniência e a ausência de usuários e familiares limitam a generalização dos resultados e podem ter favorecido respostas socialmente desejáveis. Estudos futuros com múltiplos grupos focais, incluindo outros pontos da RAPS e a perspectiva dos usuários, poderão ampliar a compreensão do objeto investigado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reafirma que o campo da Saúde Mental, em sua interface com a Saúde Coletiva, configura-se como uma possibilidade concreta e estratégica de inserção profissional para o sanitarista. Os resultados evidenciam que essa inserção requer a delimitação clara de seu perfil e a caracterização específica de suas práticas na RAPS. Ressalta-se que a realidade amazônica, com seus desafios geográficos e sociopolíticos singulares, potencializa a necessidade de um profissional com formação generalista, capaz de operar na complexidade de territórios extensos, com redes de saúde frágeis e múltiplas vulnerabilidades.

A composição multiprofissional dos participantes espelha a natureza interdisciplinar do trabalho em saúde mental e oferece a lente pela qual o perfil do sanitarista foi delineado. As percepções sobre os principais desafios,

como a desarticulação da rede, a persistência do estigma e as lacunas na integralidade do cuidado, apontam diretamente para as competências requeridas.

As práticas do sanitarista na saúde mental, alinhadas ao tripé da Saúde Coletiva, incluem o planejamento, a organização e a avaliação de serviços em rede; o monitoramento de indicadores de processo e resultado; a realização de análises situacionais; a condução de processos de educação permanente orientados pela Reforma Psiquiátrica; e a implementação do apoio matricial. A essas competências soma-se um componente ético-político comprometido com os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, bem como com a defesa do SUS.

Os avanços normativos recentes, notadamente a Lei n. 14.725/2023[9] e o Decreto n. 12.921/2026[10], conferem sustentação jurídica a essa inserção, mas a efetivação do espaço profissional depende de processos de indução nos estados e municípios, com a inclusão do cargo em concursos públicos, a definição de perfis compatíveis com as Diretrizes Curriculares Nacionais e a revisão dos planos de carreira. A atuação articulada entre instituições de ensino, representações discentes e associações profissionais junto às diretorias estaduais de gestão do trabalho e aos conselhos de secretarias municipais de saúde é uma agenda concreta e urgente.

Este movimento de institucionalização da profissão, embora recente, evidencia que a existência de arcabouço jurídico não garante, por si só, a absorção dos egressos pelos serviços. Conforme analisam Viana e Silva[8], a consolidação da identidade sanitarista e a sua efetiva inserção no mundo do trabalho exigem políticas de gestão que superem a mera formalização legal e alcancem a criação de cargos e a estruturação de planos de carreira compatíveis com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com as atribuições definidas em lei.

Este estudo abre caminho para investigações futuras: acompanhar in loco a atuação de bacharéis em Saúde Coletiva inseridos na RAPS; investigar, sob a ótica de usuários e familiares, quais práticas de gestão impactam a qualidade do atendimento; e analisar a formação oferecida nos cursos de graduação

em Saúde Coletiva, verificando em que medida ela capacita para os desafios do campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EdUFBA; 2006.

2. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saude Soc. 1994;3:5-21.

3. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saude Publica. 1998;32:299-316.

4. Lima NT, Santana JP, Paiva CH. Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 544, de 10 de março de 2017. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Diário Oficial da União. 2017.

6. Scher FS, Pinto ICM, Santos L. Inserção profissional dos sanitaristas no mundo do trabalho. Saude Soc. 2025;33:e240630pt.

7. Rossi E, Barsaglini RA. Inserção profissional e identidade sanitarista: experiência de egressos da graduação em saúde coletiva/UFMT, Brasil. Saude Soc. 2025;33:e240502pt.

8. Viana JL, Silva VO. Há mais de 15 anos, graduação em saúde coletiva: formação, inserção e atuação profissional. Saude Soc. 2025;33:e240613pt.

9. Brasil. Lei n. 14.725, de 16 de novembro de 2023. Regula a profissão de sanitarista e estabelece os requisitos para o exercício de sua atividade profissional. Diário Oficial da União. 2023.

10. Brasil. Decreto n. 12.921, de 6 de abril de 2026. Regulamenta a Lei n. 14.725, de 16 de novembro de 2023, que regula a profissão de sanitarista. Diário Oficial da União. 2026.

11. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. Em: Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 615-34.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2011.

13. Silva SS. Produção do espaço urbano em Marabá (PA): trajetórias e processos. Geopauta. 2022;6:e10094.

14. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012.

16. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):110-6.

17. Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesqui Qual. 2017;5(7):1-12.

18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

19. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage; 1985.

20. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

21. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

22. Silva GM, Zanini DS, Rabelo DF, Pegoraro RF. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. Rev Psicol Saude. 2015;7(2):161-7.

23. Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Rev Psicol Saude. 2013;5(2):1-10.

24. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cad Saude Publica. 2021;37(3):e00042620.

25. Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Bandeira M. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saude Debate. 2017;41:71-83.

26. Santos EO, et al. Avaliação do estigma e preconceito na organização de redes de atenção aos usuários de drogas. Rev Bras Enferm. 2022;75:e20210135.

27. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. Psicol Cienc Prof. 2011;31(3):640-55.

28. Carlos MM, Gallassi AD. Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: quais desafios enfrentam os profissionais para matriciar, reunir-se e encaminhar? Interface (Botucatu). 2024;28:e230651.

29. Silva EM, Aguiar KQ, Fadoul C, Sampaio ATS. Sofrimento psíquico e políticas públicas de saúde mental na Amazônia. Rev Topicos. 2026. doi:10.70773/revistatopicos/783008682.

30. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. Em: Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 767-82.

31. Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007;23:399-407.

32. Gonçalves DA, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastro das equipes que fazem parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 2013.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Diário Oficial da União. 2023.

35. Pontes DS, Oliveira KS, Diniz DCC, Lima ICS, Pontes Jr JAF. Do Núcleo de Apoio à Saúde da Família à constituição das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. Rev Saude Redes. 2026;12(1). doi:10.18310/2446-4813.2026v12n1.4990.

36. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Mendonça MHM. Organização da Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará. Saude Debate. 2023;47(139):858-77. doi:10.1590/0103-1104202313910.

37. Mello MF, Mello AA, Kohn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.

38. Furtado JP, Campos RO, Ocampo R, et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad Saude Publica. 2013;29:102-10.

39. Akerman M, Feuerwerker LC. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? Em: Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

40. Melo RC, Possa LB. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. Rev Saude Redes. 2016;2(4):393-408. doi:10.18310/2446-4813.2016v2n4p393-408.

41. Oliveira AF, Rios MO, Barbosa TS, et al. Participação social no SUS e sua relação com a gestão em saúde. Em: Anais do 16º Congresso Internacional da Rede Unida: as mil e uma saúdes dos territórios: cuidados, bem viver, liberdade e democracia como atributos éticos da educação e do trabalho no SUS. 16º Congresso Internacional da Rede Unida; 31 jul – 3 ago. 2024; Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. Porto Alegre: Rev Saude Redes. 2024;10(supl. 2). Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/01/RSR-16o-CIRU-volume-2-resumos-expandidos-1.pdf

42. Antunes NA, Sarreta FO. Saúde mental e população em situação de rua na Rede de Atenção Psicossocial. Rev Saude Redes. 2026;12(2). doi:10.18310/2446-4813.2026v12n2.4690.

43. Vale PRLF, Freitas AMC, Nery GDS, Carvalho SS, Carvalho LF, Lima MMD. Movimento social de bairro: potencialidades e limites da participação em conselhos locais de saúde num município de interior no nordeste brasileiro. Rev Saude Redes. 2017;3(3):230-41.

44. Cristo SCA. Controle social em saúde: o caso do Pará. Serv Soc Soc. 2012;(109):93-111. doi:10.1590/S0101-66282012000100006.

45. Romano B, Schneider JN, Couto AA, Serpa Jr OD. Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa. Saude Soc. 2023;32(2):e210875pt. doi:10.1590/S0104-12902023210875pt.