



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGIAS -  
CAMPUS XIX - CAMAÇARI/BA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**SILAS DE SANTANA VITÓRIA**

**LABIRINTO DO ACESSO: POLÍTICAS PÚBLICAS, DESIGUALDADE  
E EXCLUSÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE  
SALVADOR.**

**SALVADOR  
2025**

**SILAS DE SANTANA VITÓRIA**

**LABIRINTO DO ACESSO: POLÍTICAS PÚBLICAS, DESIGUALDADE  
E EXCLUSÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE  
SALVADOR.**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito para aprovação em processo de seleção para programa de Iniciação Científica da UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB Campus Camaçari, Direito, para a linha de pesquisa “Controle de Políticas Públicas e Diálogos Institucionais”.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Ferreira da Fonseca

SALVADOR  
2025

VITÓRIA, SILAS DE SANTANA.

Labirinto do acesso: políticas públicas, desigualdade e exclusão no campo da saúde mental na cidade de Salvador.

Orientação: Prof. Dr. Gabriel Ferreira da Fonseca

Monografia - Curso de Direito – Universidade do Estado da Bahia - Campus XIXI - Camaçari, 2025.

Inclui bibliografia.

1. Direito Fundamental. 2 Saúde Pública.

I. Vitória, Silas de Santana.

**SILAS DE SANTANA VITÓRIA**

**LABIRINTO DO ACESSO: POLÍTICAS PÚBLICAS, DESIGUALDADE  
E EXCLUSÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE  
SALVADOR.**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em  
Direito, Curso de Direito da Universidade do Estado da Bahia, Campus XIX, pela  
seguinte banca examinadora:

---

Nome: Gabriel Ferreira da Fonseca  
Instituição: Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

---

Nome: José Cláudio Rocha  
Instituição: Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

---

Nome: Gilberto Batista Santos  
Instituição: Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

SALVADOR, 27 de MAIO de 2025

A mim mesmo  
aos meus amigos, meu orientador,  
minhas irmãs,  
aos meus pais e em memória de meu  
amigo irmão Márcio Ramos.

"Dias de luta, dias de glória "  
*Charlie Brow Jr.*

## RESUMO DO PROJETO

**RESUMO:** Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como propósito analisar a (in)suficiência de políticas públicas voltadas à saúde mental em contextos de emergência na cidade de Salvador, assim como refletir sobre a fragilidade do sistema jurídico brasileiro na proteção e acolhimento de indivíduos em sofrimento psíquico agudo. A pesquisa pretende identificar e avaliar as políticas existentes que se destinam ao atendimento emergencial de pessoas em crise, examinando sua efetividade, abrangência e capacidade de resposta diante das demandas reais. Nesse sentido, busca-se compreender de que forma o poder público tem estruturado ações intersectoriais e articulado recursos no enfrentamento de situações críticas de saúde mental, considerando os princípios dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana e da universalidade do acesso aos serviços de saúde. O estudo visa contribuir para o debate acadêmico e institucional sobre a construção de mecanismos mais eficazes e humanizados de cuidado em saúde mental no Brasil.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Políticas públicas; Emergência psiquiátrica.

**ABSTRACT:** This Undergraduate Thesis aims to analyze the (in)sufficiency of public policies directed toward mental health in emergency contexts in the city of Salvador, as well as to reflect on the fragility of the Brazilian legal system in protecting and supporting individuals experiencing acute psychological distress. The study seeks to identify and evaluate existing policies intended for emergency care of people in crisis, examining their effectiveness, scope, and responsiveness to real demands. In this regard, it investigates how public authorities have structured intersectoral actions and articulated resources to address critical mental health situations, considering the principles of human rights, human dignity, and universal access to healthcare services. The research aims to contribute to academic and institutional debates on building more effective and humanized mechanisms of mental health care in Brazil.

**Keywords:** Mental health; Public policies; Psychiatric emergency.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (opcional)**

art.	Artigo
CC-02	Novo Código Civil
CF/88	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CPC	Código de Processo Civil
DJ	Diário da Justiça
ED	Embargos de Declaração
MS	Mandado de Segurança
RE	Recurso Extraordinário
RESP	Recurso Especial
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. SAÚDE MENTAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL: ENTRE A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>19</b>
<b>3. O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UMA PERSPECTIVA DA LUTA ANTIMANICOMIAL E DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL A PARTIR DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS.....</b>	<b>27</b>
<b>4. SAÚDE MENTAL DE EMERGÊNCIA EM SALVADOR – O PARADIGMA DA OFERTA E DA DEMANDA DIANTE DO QUADRO DE SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO SOTEROPOLITANA.....</b>	<b>40</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>73</b>

## 1- INTRODUÇÃO

A história da atenção em saúde mental no Brasil evidencia uma longa travessia entre práticas de segregação e tentativas de cuidado orientadas pela emancipação. Ao longo do século XX, consolidou-se um arranjo manicomial que operava pelo isolamento, pela disciplina e pela medicalização, instituindo rotinas de violação de direitos e convertendo o hospital psiquiátrico em dispositivo de controle social, quadro interpretado pela crítica genealógica e institucional de Foucault (2005, p. 71) e pelos estudos sobre instituições totais de Goffman. Esse modelo asilar produziu exclusões persistentes e uma cidadania estreitada para pessoas em sofrimento psíquico, cuja autonomia foi sistematicamente diminuída nos grandes hospitais do país; na Bahia e em Salvador, tal lógica sedimentou representações sociais que seguem associando crise psíquica a periculosidade e internação prolongada, mesmo após mudanças normativas relevantes.

A virada político-sanitária iniciada nos anos 1970, impulsionada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e pela denúncia pública de violações, abriu caminho para a Reforma Psiquiátrica. Inspirado na experiência italiana, o debate conduzido por Basaglia deslocou o foco do ato clínico isolado para a dimensão ética e jurídica do cuidado, questionando o hospitalocentrismo e reinscrevendo a loucura no campo da cidadania, com forte repercussão na agenda brasileira (Amarante, 2007, p. 54-58). Nesse horizonte, desinstitucionalizar não significou apenas reorganizar leitos, mas refundar vínculos sociais e afirmar a vida em liberdade como princípio civilizatório do cuidado, perspectiva que se consolidou como norte teórico-político da política pública (Lamenha, 2013, p. 11). A aprovação da Lei nº 10.216/2001 incorporou tal giro à moldura jurídica, ao redirecionar a assistência para um modelo psicossocial territorial, fundado na dignidade e nos direitos humanos.

A consolidação desse paradigma, contudo, convive com assimetrias estruturais do sistema de saúde que reproduzem desigualdades territoriais, operam sob déficits de cobertura e mobilizam seleções administrativas que filtram o acesso. A literatura recente demonstra que os arranjos institucionais e suas categorias decisórias, do desenho de elegibilidade à organização dos fluxos, tanto podem expandir direitos quanto perpetuar exclusões, sobretudo em saúde mental, onde o estigma se converte em barreira concreta ao cuidado (Costa; Lotta, 2021, p. 3468). Nas urgências e emergências psiquiátricas, a ausência de retaguardas qualificadas transforma a crise

em peregrinação, em negativa de acolhimento ou em violação de direitos elementares, explicitando a distância entre a promessa normativa e a prática cotidiana.

Na Bahia, e de modo mais visível em Salvador, essas tensões aparecem com nitidez. A expansão da Rede de Atenção Psicossocial permanece incompleta e desigual, com vazios importantes na implantação de CAPS III, CAPSad III, leitos de saúde mental em hospitais gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos, o que fragiliza a resposta assistencial nos momentos críticos (Nunes; Torrenté, 2018, p. 5-7; Peres et al., 2022, p. 6-7). Essa insuficiência estrutural reverbera diretamente na urgência e na emergência, convertendo o acesso em um labirinto que torna visíveis fissuras democráticas e nega o direito existencial ao cuidado oportuno e digno. Problematizar o acesso em saúde mental na capital baiana implica, portanto, revisitar a história, reconhecer seus impasses e mapear como desigualdade, burocracia, estigma e omissão estatal operam, simultaneamente, na rede concreta.

Para fins deste trabalho, “leito de urgência” é entendido como o espaço de curta permanência dedicado ao acolhimento imediato de agravos agudos, com estabilização clínica e definição de conduta, usualmente localizado em serviços de pronto atendimento, portas hospitalares ou unidades 24 horas da RAPS; “leito de emergência” designa o ambiente assistencial voltado a intervenções tempo-dependentes diante de risco iminente de morte ou dano grave, até a estabilização e eventual transferência; “leito de internamento” implica hospitalização por período que ultrapassa o atendimento agudo, seja em enfermarias de hospitais gerais com referência em saúde mental, seja em arranjos previstos na RAPS para retaguarda terapêutica. No SUS, o encadeamento típico envolve acolhimento e classificação de risco, estabilização em urgência ou emergência, definição da referência e, quando indicado, internação breve em hospital geral, com retorno pactuado à rede territorial para continuidade do cuidado, incluindo CAPS III, CAPSad III e SRT (Fernandes, 2018, p. 106-111; Peres et al., 2022, p. 2-3; Oliveira, 2022, p. 87-99).

Sob esse enquadramento, a ideia de “Labirinto do acesso” nomeia o atrito entre o desenho institucional e a vida vivida em Salvador. A democracia substancial se prova no cotidiano quando o Estado converte direitos em portas abertas, fluxos ágeis e cuidado digno na crise. As próprias categorias de gestão e os arranjos que definem elegibilidade e trajetos podem ampliar cidadania ou reinstalar barreiras e estigmas, especialmente em saúde mental, cuja a escolha burocrática de “porta” e “perfil” funciona como filtro social que seleciona quem entra e como entra (Costa; Lotta, 2021,

p. 3468). Nessa chave, o acesso deixa de ser detalhe administrativo e passa a figurar como questão de direitos fundamentais e existenciais, intrinsecamente ligada à dignidade humana em uma cidade marcada por desigualdades (Lamenha, 2013, p. 11).

A Reforma Psiquiátrica recolocou a crise como objeto de cuidado em liberdade e no território, invertendo a primazia hospitalar em favor de uma rede psicossocial integrada à atenção básica, aos CAPS, com destaque para os serviços 24 horas, aos leitos em hospital geral e às estratégias de desinstitucionalização. Esse avanço, entretanto, vem sendo pressionado por contrarreformas, por precarização de coberturas e por assimetrias regionais, elementos que impactam a capacidade de resolver a urgência e a emergência em saúde mental (Peres et al., 2022, p. 2; p. 6-7). Onde a RAPS é rarefeita, multiplicam-se portas superlotadas, prolongam-se permanências inadequadas e se desgasta a continuidade do cuidado, com efeitos cumulativos sobre usuários e equipes.

No âmbito baiano, e de maneira aguda em Salvador, disputas normativas e administrativas sobre fechamento de hospitais psiquiátricos, habilitação de CAPS III e disponibilização de leitos em hospitais gerais mostram como decisões de gestão tanto aceleram a desinstitucionalização quanto geram vazios assistenciais. Esse quadro, descrito como crise sociopolítica com efeitos de contrarreforma, ameaça simultaneamente direitos humanos e inclusão quando a rede de urgência não encontra retaguarda substitutiva suficiente (Nunes; Torrenté, 2018, p. 5-6). Em contextos de crise sem acolhimento digno, nega-se o próprio direito de existir com proteção pública, abalando a legitimidade material da democracia local e abrindo margem para retrocessos que contrariam a diretriz do cuidado em liberdade (Nunes; Torrenté, 2018, p. 5-6).

A pesquisa, por fim, parte de uma hipótese clara e incômoda: a baixa densidade de dispositivos territoriais 24 horas, somada à insuficiência de leitos de urgência e emergência articulados a leitos de internamento em hospital geral, converte o acesso em um labirinto. Para examinar tal hipótese, articulam-se o marco normativo da Reforma Psiquiátrica e da RAPS com evidências documentais do SUS em Salvador, observando cobertura, fluxos e continuidade do cuidado em crise, com atenção aos princípios de territorialidade, integralidade, interprofissionalidade e cuidado em liberdade (Fernandes, 2018, p. 82-111; Oliveira, 2022, p. 103-130; Peres et al., 2022, p. 7-8). O método adotado, de natureza jurídico-analítica e crítico-dialética, combina

revisão de literatura e análise normativa com leitura técnico-organizacional de documentos e dados secundários, permitindo verificar se o arranjo soteropolitano cumpre deveres prestacionais e o mínimo existencial em saúde mental na urgência (Oliveira, 2022, p. 17; Peres et al., 2022, p. 2-3). Ao tensionar esses achados com o debate sobre estigma, cidadania e elegibilidade, buscam-se explicitar as escolhas de política pública que, em Salvador, tornam o acesso mais ou menos labiríntico (Costa; Lotta, 2021, p. 3468; Lamenha, 2013, p. 11).

A justificativa do estudo, ancorada na democracia substancial e nos direitos fundamentais e existenciais, sustenta a necessidade de avaliar a suficiência das políticas públicas de saúde mental na capital baiana, com foco no acolhimento de urgência e emergência. A democracia ganha espessura quando os direitos saem do texto e se materializam em práticas que enfrentam o estigma e reduzem desigualdades.

A literatura de políticas públicas alerta que as categorias com que o Estado recorta seus públicos e desenha fluxos podem expandir ou restringir cidadania, fenômeno particularmente agudo na saúde mental (Costa; Lotta, 2021, p. 3468). A Reforma Psiquiátrica, celebrada como marco civilizatório por deslocar o paradigma manicomial em direção ao cuidado territorial e comunitário, segue tensionada por contrarreformas, precarização e assimetrias na cobertura da RAPS, fatores que chegam aos serviços como gargalos na resolução da crise (Peres et al., 2022, p. 2; p. 6-7).

Em Salvador, onde decisões normativas locais e estaduais impactam a habilitação de CAPS III, a estruturação de SRT e a oferta de leitos em hospitais gerais, a carência de serviços volta ao pronto-atendimento como pressão contínua, corroendo a legitimidade democrática quando a crise não encontra acolhimento digno (Nunes; Torrenté, 2018, p. 5-6). O desenho metodológico, ao abarcar marcos legais centrais e documentos institucionais, busca responder se o município cumpre o dever de garantir acesso tempestivo, integral e respeitoso ao sofrimento psíquico, pois só assim a democracia se realiza no cotidiano e a dignidade deixa de ser promessa para tornar-se prática pública efetiva.

A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil revela que, mesmo com importantes marcos legais, persiste uma tensão constante sobre o sentido e o alcance da proteção à vida psíquica no Estado Democrático de Direito. A Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito universal e dever indissociável do Estado, porém o

cotidiano das redes assistenciais evidencia um descompasso entre a normatividade constitucional e a realidade territorial. Tal distância se torna mais visível nos episódios de crise psiquiátrica, quando a efetividade do direito depende de uma rede pública articulada, integrada e sensível às urgências do território, algo que ainda se mostra frágil em diversas regiões do país e, de forma ainda mais intensa, em Salvador, onde as desigualdades urbanas se projetam de maneira incisiva sobre o cuidado em saúde mental.

Compreender o acesso exige ultrapassar leituras focadas apenas na dimensão técnico-assistencial e incorporar a análise das desigualdades históricas que estruturam o espaço urbano soteropolitano. Salvador é marcada por uma geografia profundamente desigual, na qual territórios mais vulnerabilizados concentram demandas de saúde e convivem com a ausência ou insuficiência de dispositivos públicos de cuidado. A saúde mental, que depende de redes territorializadas e de mecanismos contínuos de acolhimento, torna-se um campo privilegiado para observar como as desigualdades estruturais impactam o cotidiano das crises. Nesse sentido, Mattietto (2023, p. 13) lembra que a democracia somente se realiza de modo substancial quando incorpora a igualdade como fundamento das políticas estatais, algo ainda distante da experiência soteropolitana.

Essas desigualdades tornam-se ainda mais agudas nas situações de crise, quando o tempo é curto, o risco é elevado e o cuidado precisa ser imediato. A literatura especializada identifica três pilares essenciais para o manejo adequado da crise: territorialidade, retaguarda e continuidade assistencial. Quando esses elementos se desarticulam, o percurso do usuário transforma-se em um labirinto marcado por longas esperas, deslocamentos forçados e desassistência. Em Salvador, a escassez de CAPS III e CAPSad III em funcionamento ininterrupto e a ausência de leitos de internamento em hospitais gerais provocam sobrecarga nas UPAs e fragilizam a capacidade de resposta da rede. Como observam Nunes e Torrenté (2018, p. 5-6), essa insuficiência favorece a medicalização apressada, o uso inadequado de contenção e o desvio de crises psiquiátricas para serviços despreparados, o que contraria os princípios centrais da Reforma Psiquiátrica.

A falta de integração entre os serviços aprofunda ainda mais esses impasses. Em teoria, o percurso assistencial deveria ser claro e regulado, combinando acolhimento com classificação de risco, estabilização, internação breve quando necessária e retorno assistido ao território. Entretanto, na prática soteropolitana, há

rupturas significativas que começam na triagem e se estendem à definição de vagas e encaminhamentos. Barreiras como falhas de comunicação entre unidades, ausência de protocolos efetivos e déficit de recursos humanos tornam o fluxo fragmentado e imprevisível. Fernandes (2018, p. 82-111) reforça que a continuidade do cuidado depende de uma retaguarda comunitária sólida, capaz de sustentar o usuário após a alta, condição ainda não consolidada na cidade.

Outro aspecto decisivo para compreender o labirinto do acesso é o estigma, que atua tanto nas percepções sociais quanto nas escolhas institucionais. O estigma molda a forma como o sofrimento psíquico é percebido, influenciando desde prioridades de gestão até decisões de triagem e abordagens clínicas. Como demonstram Costa e Lotta (2021, p. 3468), categorias de elegibilidade, muitas vezes implícitas, acabam determinando quem acessa o Estado e em quais condições. Na saúde mental, esses filtros recaem de maneira mais dura sobre pessoas negras, pobres e usuárias de substâncias psicoativas, revelando como desigualdades sociais atravessam o campo do cuidado.

Também é necessário reconhecer que a política nacional de saúde mental passou, especialmente após 2016, por movimentos de contrarreforma que enfraqueceram a RAPS e ampliaram a distância entre o modelo psicossocial definido em lei e a realidade dos serviços. Oliveira (2022, p. 103-130) demonstra que alterações normativas, mudanças de financiamento e instabilidades administrativas geraram impactos diretos na disponibilidade de serviços, na estabilidade das equipes e na articulação entre os pontos de cuidado. Salvador refletiu parte desses retrocessos, encontrando dificuldades em manter serviços estratégicos em funcionamento contínuo.

Ainda assim, a cidade registra iniciativas que sinalizam possibilidades de fortalecimento da rede. A criação de novos pontos de atenção, a revisão de alguns fluxos assistenciais e o aumento dos debates públicos sobre saúde mental apontam para uma resistência institucional que busca manter viva a perspectiva psicossocial. Contudo, esses avanços são insuficientes diante da complexidade territorial e da necessidade urgente de consolidar uma rede orientada pelos princípios do cuidado em liberdade. Lamenha (2013, p. 11) enfatiza que a saúde mental somente se sustenta como política de direitos quando articula autonomia, cuidado e dignidade, algo que requer mais do que normativas: demanda compromisso político efetivo.

Por isso, analisar o acesso sob a lente da democracia substancial significa reconhecer que o cuidado em crise é indicador da maturidade e da ética pública do Estado. Uma democracia que não assegura proteção a pessoas em sua maior vulnerabilidade reproduz violências históricas e compromete o próprio pacto constitucional. Bonavides (2010, p. 563) afirma que os direitos sociais compõem o núcleo da dignidade humana, pois traduzem liberdade e igualdade em práticas concretas. Assim, a falha de Salvador em garantir atendimento adequado em momentos de crise psiquiátrica revela não apenas um problema sanitário, mas uma lacuna ética e democrática.

Se o labirinto do acesso persiste, não se deve à ausência de leis ou diretrizes, mas à distância entre o que se prevê normativamente e o que se vivencia nos territórios. A presente monografia se dedica a iluminar esse intervalo, investigando como normas, políticas e práticas se organizam ou se desencontram no cotidiano da saúde mental soteropolitana. Examinar o acesso é, portanto, mais que tarefa acadêmica; constitui um gesto político que reafirma a dignidade humana como fundamento essencial das políticas públicas, sobretudo das que acolhem a vida psíquica em sua expressão mais vulnerável.

A consolidação da política de saúde mental em Salvador precisa ser entendida a partir da convivência tensa entre diferentes modelos de cuidado que ainda disputam espaço no SUS. Embora a Reforma Psiquiátrica estabeleça a liberdade como eixo ético e organizador, práticas coercitivas continuam a ocorrer em situações de crise, sobretudo quando a rede não dispõe dos recursos necessários para acolher o sofrimento de forma digna. Furtado et al. (2023, p. 1147-1155) observam que a atenção em emergências psiquiátricas tende a priorizar protocolos centrados em contenção e estabilização imediata quando faltam retaguardas territoriais capazes de sustentar a continuidade do cuidado. Essa realidade acaba reavivando métodos criticados pelos movimentos antimanicomiais e evidencia como a ausência de dispositivos comunitários fragiliza a lógica psicossocial.

A literatura também demonstra que o atendimento adequado da crise depende de uma abordagem interdisciplinar capaz de integrar diferentes saberes e práticas. Martiniano et al. (2024, p. 3767-3776) destacam que a efetividade desse manejo está associada ao trabalho conjunto de equipes multiprofissionais, condição que se torna mais difícil quando os serviços operam no limite ou com equipes reduzidas. Em Salvador, essa fragilidade aparece no subdimensionamento dos profissionais, na

carência de capacitação continuada e na ausência de fluxos consistentes entre atenção básica, CAPS e unidades hospitalares. Quando a crise é manejada sem articulação entre os pontos da rede, perde-se não apenas a integralidade prevista na RAPS, mas também a potência de práticas que valorizam o vínculo e o cuidado humanizado.

A precariedade estrutural da rede de urgência e emergência impacta inclusive a capacidade da cidade de produzir diagnóstico e planejamento de maneira sistemática. Relatórios de gestão mostram que a falta de serviços operando 24 horas e a escassez de leitos obrigam a regulação a atuar de forma improvisada, o que aumenta o risco de peregrinação e fragiliza a gestão do cuidado. Finco e Pitta (2011, p. 149-161) explicam que essa instabilidade prejudica a construção de políticas públicas sólidas, porque impede que os casos sejam acompanhados com continuidade e dificulta a reorganização dos fluxos. Assim, a insuficiência estrutural não afeta apenas o indivíduo em sofrimento, mas compromete a própria governança democrática da saúde mental.

Outro ponto recorrente nas pesquisas contemporâneas diz respeito à relevância da comunicação entre os pontos de atenção como elemento central para a resolutividade da crise. Oliveira et al. (2024, p. 1-12) apontam que a inexistência de protocolos integrados produz falhas que comprometem a segurança dos usuários e dificultam o trabalho das equipes. Em Salvador, esse problema se manifesta na dificuldade de articulação entre UPAs, hospitais gerais e CAPS, o que revela um cenário de fragmentação que contraria frontalmente os princípios da RAPS. Quando o funcionamento da rede depende de improviso cotidiano, a política pública deixa de expressar o dever do Estado e passa a operar como resposta emergencial e instável.

A análise dos documentos institucionais evidencia que a fragilidade dos serviços substitutivos está diretamente relacionada ao histórico de desmonte e subfinanciamento das políticas sociais no país. Peres et al. (2022, p. 2-3) mostram que a RAPS tem sido pressionada por mudanças normativas e disputas políticas que dificultam a consolidação de um cuidado territorial e comunitário. Quando esses tensionamentos chegam aos municípios, especialmente aqueles marcados por desigualdades profundas, como Salvador, os impactos se tornam mais intensos e geram vulnerabilidades significativas na ponta da rede. A política pública deixa de funcionar como instrumento de garantia de direitos e passa a reproduzir

desigualdades, criando obstáculos para a efetividade dos princípios democráticos estabelecidos na Constituição de 1988.

Compreender o cenário soteropolitano também exige reconhecer que a crise psiquiátrica é atravessada por marcadores sociais que influenciam o modo como cada sujeito é acolhido. Santos et al. (2017, p. 374-379) mostram que os padrões de internação em hospitais gerais revelam desigualdades marcadas por raça, classe e território. Isso significa que o labirinto do acesso não se explica apenas pela falta de serviços, mas também pela forma como instituições e práticas sociais classificam certos corpos e subjetividades. Quando essas desigualdades se tornam critérios implícitos de triagem, a política pública deixa de proteger e passa a reproduzir vulnerabilidades, reforçando que a democratização da saúde mental depende tanto da expansão da rede quanto da superação das barreiras simbólicas que atravessam o cuidado.

## **2- SAÚDE MENTAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL: ENTRE A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

A afirmação da saúde como valor jurídico e social indispensável nas democracias contemporâneas expressa um movimento de reconstrução que atravessa o século XX e se fortalece no campo das garantias fundamentais. Esse processo não apenas destaca o papel central da saúde na experiência coletiva e individual, mas também a incorpora de maneira sólida ao universo dos direitos humanos, exigindo sua tutela por diferentes arranjos institucionais, normativos e sociais. Assim, a saúde deixa de ser entendida apenas como política sanitária e passa a integrar o domínio da justiça distributiva, tornando-se objeto de análise jurídica constante e de vigilância política, econômica e cultural. A multiplicidade de discursos sobre saúde presentes na mídia, nos tribunais e no mercado ilustra essa complexidade e reforça a necessidade de uma abordagem transversal e intersistêmica no campo jurídico, como assinala Finco (2021, p. 149).

Ao mesmo tempo, o desgaste progressivo do modelo clássico de Estado de Bem-Estar coloca em evidência novos desafios para a efetivação do direito à saúde como eixo da cidadania. A intensificação dos processos de mercantilização da assistência, visível na ampliação das redes privadas e dos mercados securitários, modifica as fronteiras desse direito e pressiona o princípio constitucional da universalidade. Nesse cenário, o Direito é convocado a equilibrar a garantia pública dos direitos sociais com a racionalidade econômica que orienta o setor privado, o que demanda respostas normativas capazes de resguardar o núcleo essencial do direito à saúde e assegurar a força normativa da Constituição, conforme observa Finco (2021, p. 149).

A consolidação dos direitos humanos como fundamento jurídico requer, nas democracias, políticas públicas que superem a abstração normativa e se concretizem no acesso pleno à saúde, moradia, educação e trabalho. Machado (2022) destaca que a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 consagra valores éticos universais que devem orientar a ação estatal, especialmente no que diz respeito à interdependência dos direitos sociais, civis e políticos. Essa perspectiva amplia o

papel do Estado, que passa a atuar como agente promotor da dignidade humana e não apenas como guardião formal da legalidade.

A teoria dos direitos fundamentais também exige reconhecer que universalidade não significa homogeneidade. Pelo contrário, impõe-se o dever constitucional de tratar desigualmente os desiguais, corrigindo desigualdades historicamente sustentadas por marcadores sociais como gênero, raça, classe e orientação sexual. Machado (2022) enfatiza que os direitos humanos são interdependentes e vinculados de forma direta à dignidade humana, o que atribui ao Estado a responsabilidade de estruturar políticas públicas verdadeiramente inclusivas, como ocorreu na construção do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição de 1988.

No campo da saúde, tornam-se nítidas as barreiras institucionais que limitam o exercício dos direitos por grupos vulnerabilizados, especialmente as minorias sociais. Machado (2022) ressalta que essas populações, por se encontrarem em condição de desvantagem social, cultural, econômica, política ou jurídica, vivenciam formas contínuas de exclusão por parte do próprio Estado, inclusive nas estruturas responsáveis por garantir o acesso à saúde.

Diante desse quadro, torna-se indispensável adotar uma abordagem interseccional para formulação e execução de políticas públicas, orientada pelo princípio da equidade e comprometida com a efetivação dos direitos humanos como instrumentos de justiça social e reparação histórica.

O percurso histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil marca uma inflexão profunda em relação ao modelo manicomial e hospitalocêntrico que, durante décadas, estruturou o cuidado em saúde mental no país. Desde os anos 1980, impulsionados por movimentos sociais, profissionais críticos e usuários organizados, emergiu um debate que denunciava as práticas excludentes e a intensa medicalização do sofrimento psíquico. Nesse contexto, ganha destaque a análise de Oliveira, que evidencia como a construção da Rede de Atenção Psicossocial representou um avanço por defender um cuidado territorial, contínuo e centrado na singularidade dos sujeitos, em oposição às práticas asilares sustentadas pela segregação e pela violência institucional (Oliveira, 2021, p. 44).

Com base nesse marco, a Reforma Psiquiátrica precisa ser compreendida também como expressão da efetivação do direito à saúde mental, que integra o direito fundamental à saúde previsto no artigo 6º da Constituição Federal. O Sistema Único

de Saúde, enquanto política pública universal, deve garantir não somente o acesso formal aos serviços, mas também um cuidado ético, integral e humanizado. Para Oliveira, a humanização depende da construção de vínculos, do respeito à autonomia dos usuários e do enfrentamento das desigualdades que atravessam o sofrimento psíquico (Oliveira, 2021, p. 52). A defesa do cuidado em liberdade e dignidade, portanto, revela-se como exigência constitucional e como compromisso civilizatório.

O direito à saúde mental, contudo, não nasce de forma espontânea. Trata-se de um direito que emerge de intensa mobilização social, consolidado como parte integrante do direito à saúde devido às lutas dos movimentos antimanicomiais que denunciaram o modelo asilar como violador de direitos e produtor de exclusão. A literatura crítica sobre a psiquiatria brasileira mostra que a institucionalização compulsória e a segregação constituíram um período em que o tratamento se estruturava na privação de liberdade e no silenciamento do sofrimento, configurando uma forma de controle social, e não de cuidado (Schuch; Gonçalves, 2013, p. 28). Essa lógica rompia vínculos, apagava subjetividades e transformava pessoas em objetos de tutela estatal.

A Reforma Psiquiátrica e a implementação da Política Nacional de Saúde Mental inauguraram, então, uma nova perspectiva baseada na dignidade da pessoa humana e na ampliação do protagonismo dos usuários. A mudança do modelo manicomial para a Rede de Atenção Psicossocial constitui avanço jurídico e social que reposiciona a saúde mental no campo dos direitos fundamentais, alinhando-se aos princípios da Constituição de 1988 e aos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário (Brasil, 2001, p. 1). Esse reposicionamento exige que o Estado formule políticas públicas capazes de promover inclusão social, enfrentar o estigma e fortalecer a autonomia dos indivíduos.

Franco sintetiza essa visão ao afirmar que a efetivação da saúde mental como direito fundamental requer ações sensíveis, humanizadas e eficazes, que enfrentem o legado histórico de exclusão e assegurem um cuidado integral em conformidade com o projeto constitucional do SUS (Franco, 2010, p. 89). A saúde mental, nessa perspectiva, passa a ser tecida dentro dos territórios, orientada pela defesa da autonomia, pela construção de vínculos e pelo reconhecimento de que o sofrimento é atravessado por condições sociais, políticas e existenciais.

A crítica de Cézar reforça essa transição ao retratar o período anterior à Reforma como marcado pela privação de liberdade, isolamento e silenciamento, que

configuravam controle social e não cuidado (Cézar, 2014, p. 72). A ruptura instaurada buscou justamente desconstruir essa lógica e promover práticas fundadas na dignidade humana e no protagonismo dos sujeitos, em consonância com os princípios constitucionais e com o sistema internacional de proteção aos direitos humanos. O mesmo autor destaca que consolidar o direito à saúde mental implica formular políticas públicas que enfrentem o estigma e ampliem as possibilidades de inclusão, exigindo do Estado ações efetivas e humanizadas que garantam o cuidado integral previsto pelo SUS (Cézar, 2014, p. 75).

A análise do Projeto de Lei da Câmara nº 8/91 feita por Cézar revela ainda as tensões políticas e ideológicas que permearam a institucionalização da Reforma. A disputa sobre quem deveria fiscalizar as internações involuntárias demonstra o conflito entre a lógica jurídica, voltada à proteção dos direitos civis, e a lógica médica tradicional, que resistia à perda de controle sobre as práticas de internação (Cézar, 2014, p. 83). Tal controvérsia evidencia a complexidade da consolidação da saúde mental como direito fundamental cuja efetivação depende de mecanismos jurisdicionais fortes e de políticas públicas coerentes com os princípios constitucionais.

Por fim, Cézar também aponta que setores conservadores da psiquiatria continuam a sustentar uma visão hospitalocêntrica que associa o sofrimento psíquico à periculosidade e defende a internação como regra, ignorando avanços legais e normativos que consolidaram o direito à saúde mental como expressão dos direitos humanos e da cidadania (Cézar, 2014, p. 85). Nesse cenário, a luta antimanicomial permanece como símbolo da construção de um paradigma que busca superar modelos segregadores e fortalecer uma rede de cuidados plural, ética e humanizada.

O percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil marcou uma virada decisiva em relação ao tradicional modelo hospitalar e manicomial que orientou o cuidado em saúde mental por décadas. A partir dos anos 1980, impulsionado pela crítica de profissionais, pela mobilização de usuários e pelos movimentos sociais, iniciou-se um intenso questionamento sobre práticas excludentes que reforçavam a medicalização excessiva e a retirada da autonomia dos sujeitos. Oliveira descreve esse processo como um avanço significativo na direção da construção da Rede de Atenção Psicossocial, concebida para ofertar cuidado contínuo, territorial e voltado às singularidades das pessoas em sofrimento, em contraposição aos antigos espaços marcados por confinamento e violência institucional (Oliveira, 2021). Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica também representa a materialização do direito à saúde mental

como componente do direito fundamental à saúde previsto no artigo 6º da Constituição Federal. Por se tratar de política pública universal, o Sistema Único de Saúde deve assegurar não apenas a entrada nos serviços, mas um cuidado que valorize a ética, a integralidade e a humanização. Oliveira observa que a humanização no campo da saúde mental depende da construção de vínculos, da defesa da autonomia e do enfrentamento das desigualdades sociais que atravessam os modos de adoecer (Oliveira, 2021). É por essa razão que o cuidado em liberdade, oferecido com dignidade, assume dimensão ética, constitucional e civilizatória.

O direito à saúde mental emerge de uma longa mobilização social que consolidou essa pauta como direito fundamental integrante do direito à saúde. Essa conquista resulta da ação contínua dos movimentos antimanicomiais, que denunciaram o caráter excludente do modelo asilar e a violação de direitos vivida pelas pessoas em sofrimento psíquico. A análise crítica da Reforma Psiquiátrica revela que, durante muito tempo, o tratamento psiquiátrico baseou-se na privação da liberdade, no isolamento e na supressão da voz do sujeito, constituindo um dispositivo de controle e não de cuidado efetivo, como apontam Schuch e Gonçalves em suas reflexões sobre aquele período histórico (Schuch; Gonçalves, 2013). A mudança trazida pela Reforma e pela Política Nacional de Saúde Mental inaugura uma compreensão que se ancora na dignidade humana e na ampliação do protagonismo dos usuários. Essa transição em direção à Rede de Atenção Psicossocial representa um avanço jurídico e social que reposiciona o cuidado em saúde mental como expressão concreta dos direitos fundamentais, em consonância com a Constituição de 1988 e com os instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos que orientam o ordenamento brasileiro (Brasil, 2001, p. 1).

A consolidação desse direito exige do Estado ações que ultrapassem a oferta de serviços e tratamentos e que promovam inclusão social, combate ao estigma e fortalecimento da autonomia. Assim, o cuidado em saúde mental deixa de ser compreendido como um ato médico ou institucional isolado e passa a ser reconhecido como parte essencial da política social e como conquista jurídico-política derivada das lutas antimanicomiais. Franco afirma que a efetivação desse direito depende de medidas humanizadas e de práticas capazes de superar o legado de exclusão, cumprindo os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (Franco, 2010, p. 89).

Cézar observa que a lógica da institucionalização compulsória marcou um período no qual o tratamento psiquiátrico restringia a liberdade e silenciava o sofrimento, configurando um mecanismo de controle social (Cézar, 2014, p. 72). Em sua análise, a Reforma Psiquiátrica constituiu uma ruptura profunda ao afirmar a dignidade humana e o protagonismo do usuário como pilares do cuidado, em consonância com os princípios constitucionais e com os tratados internacionais de direitos humanos. O autor acrescenta que a efetivação do direito à saúde mental exige não apenas a existência de serviços, mas políticas públicas voltadas à inclusão e ao combate ao estigma, o que reafirma a saúde mental como direito fundamental que demanda ações humanizadas e integrais por parte do Estado (Cézar, 2014, p. 75).

No estudo sobre o Projeto de Lei da Câmara número 8 de 1991, Cézar aponta que o processo legislativo da Reforma Psiquiátrica foi atravessado por disputas que evidenciaram divergências entre perspectivas jurídicas e médicas sobre internações involuntárias, demonstrando as tensões presentes na institucionalização do direito à saúde mental (Cézar, 2014, p. 83). O autor registra ainda que resistências persistiram em setores tradicionais da psiquiatria que mantinham uma visão hospitalocêntrica e associavam o sofrimento psíquico à periculosidade, defendendo a internação como resposta prioritária. Essa postura contrastava com os avanços legais que afirmavam a saúde mental como campo de direitos humanos e de cidadania (Cézar, 2014, p. 85). A luta antimanicomial, nesse sentido, simboliza a afirmação de um novo paradigma social que busca superar estruturas de exclusão e consolidar uma rede plural, comunitária e humanizada.

A compreensão das desigualdades que atravessam o acesso à saúde mental exige examinar como critérios administrativos e classificações rotineiras moldam a experiência dos usuários. Costa e Lotta demonstram que, nas interações cotidianas, profissionais das políticas públicas constroem categorias que delimitam quem se enquadra ou não na proteção estatal, criando um filtro moralizado que está longe de ser neutro (Costa; Lotta, 2021, p. 3468). No campo da saúde mental, essa filtragem se torna ainda mais delicada, pois se entrelaça ao estigma histórico associado à loucura e às desigualdades estruturais de raça, classe, gênero e território. Como consequência, pessoas em situação de rua, mulheres negras, usuários de substâncias e jovens periféricos são frequentemente rotulados como “casos difíceis”, “não prioritários” ou “situações sociais”, o que afeta diretamente o percurso de acesso e a qualidade do atendimento. Essa lógica mostra que a insuficiência da rede não se

resume à falta de dispositivos; ela também se expressa nas disputas simbólicas que definem quem recebe cuidado imediato, quem enfrenta longas esperas e quem é empurrado para serviços que não asseguram direitos. Assim, quando impregnada pelo estigma, a política pública deixa de promover inclusão e passa a reproduzir exclusão.

No contexto das urgências, esse estigma se manifesta de formas ainda mais problemáticas. Há situações registradas em que quadros de sofrimento psíquico são confundidos com ameaça ou violência, acionando respostas de controle em substituição a respostas de saúde. Essa inversão contraria os princípios da Rede de Atenção Psicossocial e fere normas internacionais como a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que determina proteção e não coerção (ONU, 2006). A Declaração de Caracas já havia destacado que hospitalizações forçadas deveriam ser tratadas como medida excepcional, jamais como procedimento rotineiro (OPAS, 1990). Contudo, na realidade soteropolitana, a falta de serviços especializados funcionando permanentemente e a ausência de fluxos intersetoriais sólidos favorecem a naturalização de práticas coercitivas, muitas vezes justificadas por argumentos como superlotação ou indisponibilidade de equipes preparadas para o acolhimento em crise.

A partir do ponto de vista da gestão, o que se observa em Salvador é um cenário misto, feito de avanços pontuais e retrocessos discretos. Embora a ampliação de algumas unidades de pronto atendimento com oferta psiquiátrica sinalize resposta institucional à demanda crescente, esses investimentos isolados não substituem a necessidade de CAPS III e de leitos de saúde mental em hospitais gerais, que constituem componentes estruturais da atenção psicossocial (Peres et al., 2022, p. 7-8). Além disso, tais medidas não resolvem a fragmentação entre SAMU, UPA, portas hospitalares e CAPS, cujo descompasso compromete a continuidade do cuidado. Cada falha desse percurso se converte em interrupção de direitos, pois o usuário passa a transitar por serviços sem acolhimento adequado, sem escuta qualificada e sem garantia de retorno ao território.

Diante dessa realidade, a formulação de recomendações jurídicas e administrativas torna-se indispensável. Um planejamento público orientado pela dignidade humana exige diagnósticos transparentes, indicadores acessíveis e metas verificáveis que permitam o acompanhamento da expansão da rede pela população. O controle social é fundamento da democracia participativa e confere legitimidade às

decisões públicas, especialmente na área da saúde mental, onde os impactos da política recaem sobre grupos historicamente silenciados. Habermas lembra que a legitimidade democrática depende de processos de diálogo inclusivo e racional entre os cidadãos (Habermas, 2021, p. 41), o que reforça a importância de fortalecer conselhos, conferências e mecanismos de ouvidoria. Esses espaços permitem que a política deixe de ser formulada de maneira verticalizada e passe a refletir o conhecimento e a experiência concreta de usuários, familiares e trabalhadores.

Com isso, aprofunda-se a compreensão de que a fragilidade da resposta pública em saúde mental de urgência e emergência não decorre apenas da escassez de serviços ou da sobrecarga assistencial. Trata-se de um fenômeno estrutural que envolve componentes jurídicos, administrativos, simbólicos e políticos. Ele também é atravessado pelo estigma e por referências culturais que moldam a forma como a sociedade compreende o sofrimento psíquico e a quem considera digno de proteção. Em cidades como Salvador, marcadas por desigualdades históricas, esse conjunto de fatores se soma e potencializa vulnerabilidades, ampliando o risco de violações de direitos.

Assim, superar o labirinto do acesso exige mais do que intervenções pontuais, propostas isoladas ou mudanças exclusivamente técnicas. Demanda compromisso contínuo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, investimento público sustentado, integração intersetorial e fortalecimento de vínculos comunitários. Implica, sobretudo, fidelidade ética ao projeto democrático que reconhece a saúde mental como parte inegociável dos direitos fundamentais e existenciais. Somente dessa forma o cuidado em crise poderá deixar de ser um percurso fragmentado e se transformar em caminho real de cidadania, acolhimento e dignidade.

### **3- O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA DA LUTA ANTIMANICOMIAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL A PARTIR DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS.**

O primeiro caminho a se falar normativamente do Direito à saúde, sobretudo saúde psiquiátrica, como garantia fundamental de direito existencial, é debater esses direitos à luz da Constituição Federal. A Constituição Federal - CF, em seu artigo 1º, ao afirmar a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, estabelece que todas as políticas públicas devem garantir meios materiais e simbólicos para a realização plena da existência humana. Desse dispositivo interpreta-se que a saúde mental integra a própria definição de dignidade, pois não há autonomia, liberdade ou cidadania sem proteção psíquica adequada, o que impõe ao Estado o dever de estruturar políticas continuadas e territorializadas de cuidado (Brasil, 1988, p. 1).

O artigo 3º da CF, ao definir como objetivos fundamentais reduzir desigualdades sociais e regionais, promover o bem de todos e construir uma sociedade livre, justa e solidária, reforça que políticas em saúde mental não podem ignorar assimetrias socioespaciais que marcam territórios periféricos e racializados. A interpretação constitucional conduz ao entendimento de que a ausência de serviços da RAPS nesses territórios constitui violação ao dever estatal de enfrentamento das desigualdades e promoção de justiça social, configurando ação incompatível com os objetivos da República (Brasil, 1988, p. 3).

No artigo 5º da CF, que consagra igualdade formal e material, o texto constitucional determina que o Estado adote medidas diferenciadas para assegurar acesso equitativo à proteção e ao cuidado, especialmente para populações submetidas ao racismo estrutural, pobreza e vulnerabilidade. Assim, quando determinados grupos recebem menor cobertura assistencial e enfrentam maiores obstáculos de acesso à urgência psiquiátrica, evidencia-se afronta ao mandamento de igualdade substantiva e ao dever de proteção integral previsto na Constituição (Brasil, 1988, p. 5).

O artigo 6º da Constituição Federal de 1988, que inclui a saúde como direito social, associado ao artigo 196, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado mediante políticas de acesso universal e igualitário, orienta a compreensão de

que o SUS deve operar de modo integral e interligado. A insuficiência de CAPS III, a ausência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a fragmentação das redes evidenciam que o Estado falha no cumprimento do dever de garantir cuidado contínuo e humanizado, violando o princípio constitucional da integralidade (Brasil, 1988, p. 6; p. 196).

O artigo 23 da Constituição Cidadã, que estabelece competência comum entre União, estados e municípios para cuidar da saúde, associado ao artigo 30, que impõe aos municípios o dever de organizar e prestar serviços de saúde, reforça que a política pública de saúde mental depende de articulação federativa permanente. Quando há descoordenação entre os níveis de governo, como ocorre na carência de suporte estadual e federal para ampliação da RAPS em Salvador, configura-se descumprimento do pacto federativo sanitário previsto constitucionalmente, que exige corresponsabilidade na execução das políticas de saúde mental (Brasil, 1988, p. 23; p. 30).

O artigo 194 da Constituição Brasileira, que inaugura a ordem social baseada na justiça e na solidariedade, e o artigo 198, que estabelece diretrizes do SUS como descentralização, integralidade e participação social, reforçam que políticas de saúde mental devem expressar essa arquitetura institucional. A ausência de serviços descentralizados, a falta de participação comunitária nos processos decisórios e a concentração de recursos em poucos equipamentos contrariam a diretriz constitucional de organização regionalizada do SUS. Assim, a insuficiência de respostas à crise psiquiátrica viola diretamente o que o texto constitucional determina para a estruturação das ações e serviços de saúde (Brasil, 1988, p. 194; p. 198).

Por fim, o artigo 227 da CF, ao estabelecer prioridade absoluta à proteção integral de crianças, adolescentes e jovens, impõe ao Estado a obrigação constitucional de garantir serviços especializados como CAPSI, fluxos próprios para atendimento de crises infantojuvenis e suporte territorial consistente. A inexistência ou fragilidade de tais serviços revela violação direta à prioridade constitucional, pois impede que esse público receba proteção adequada e tempestiva, contrariando o núcleo essencial da dignidade humana e da cidadania em desenvolvimento (Brasil, 1988, p. 227).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, funciona como a ponte normativa entre a Constituição de 1988 e a operação concreta do direito à saúde, dando densidade administrativa e jurídica à universalidade, integralidade e equidade. Se a

Constituição fixa o horizonte axiológico, a Lei do SUS institui o aparato organizacional, os princípios e as responsabilidades que tornam exigível o acesso igualitário, inclusive para quem sofre agravos psíquicos. Logo no seu núcleo principiológico, a lei afirma a saúde como resultado de políticas sociais e econômicas e impõe a redução de riscos e o acesso universal às ações e serviços (Brasil, 1990, p. 2). Esse desenho normativo desloca a saúde mental do lugar periférico para o centro da política pública, porque vincula prevenção, cuidado e reabilitação psicossocial à mesma arquitetura de garantias aplicável a quaisquer agravos à saúde.

O princípio da integralidade, estruturante do SUS, quebra a dicotomia entre corpo e mente e determina que ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação componham um contínuo assistencial também para a psiquiatria. A Lei nº 8.080 transforma esse mandamento em obrigação organizativa para todos os entes federados, exigindo arranjos que assegurem linhas de cuidado e redes regionais capazes de acolher a crise e sustentar a continuidade do cuidado após a urgência (Brasil, 1990, p. 7). Na prática, integralidade aqui significa leitos em hospital geral, CAPS III e CAPSad III com porta 24h, pronto atendimento articulado à atenção básica e retaguarda territorial para evitar internações desnecessárias.

A universalidade e a equidade, igualmente positivadas, impõem que o acesso à saúde mental seja garantido a todas as pessoas, com prioridade técnica às vulnerabilidades e às iniquidades territoriais. A Lei nº 8.080 explicita que a organização do SUS deve reduzir desigualdades, orientando a alocação de recursos conforme necessidades epidemiológicas e sociais, o que alcança periferias urbanas racializadas e populações em situação de rua, grupos com maior risco e barreiras de acesso em saúde mental (Brasil, 1990, p. 7). Constitucionalmente ancorada, essa diretriz torna ilegítimas redes que concentram oferta em poucos pontos e deixam vazios assistenciais na urgência psiquiátrica.

A descentralização com comando único e a regionalização traduzem, no plano operativo, a corresponsabilidade federativa já afirmada pela Constituição. A Lei nº 8.080 determina a distribuição de competências, a organização sistêmica por regiões de saúde e a integração das redes de atenção, com ênfase em referências e contrarreferências que assegurem fluxo entre UPA, SAMU, portas hospitalares, CAPS e atenção básica (Brasil, 1990, p. 9; p. 16). Sem essa engrenagem regional, a urgência psiquiátrica vira um ponto cego do sistema, multiplicando esperas, peregrinações e recaídas.

No campo da gestão e do financiamento, a Lei do SUS positivou instrumentos que condicionam a efetividade da saúde mental: planejamento ascendente, programação pactuada e orçamento vinculado. Tais dispositivos exigem que estados e municípios incorporem metas e custeio para dispositivos substitutivos, leitos em hospital geral e pronto atendimento psiquiátrico, sob pena de ruptura do mínimo existencial em saúde mental (Brasil, 1990, p. 15; p. 18). A omissão na programação e na execução orçamentária, aqui, não é um detalhe administrativo, mas falha constitucionalmente relevante.

A participação social, alçada a diretriz do SUS, é mecanismo jurídico de controle democrático das prioridades e da qualidade do cuidado. Ao instituir conselhos e conferências de saúde, a Lei nº 8.080 obriga a escuta qualificada de usuários e familiares, historicamente silenciados pela cultura manicomial, na formulação e fiscalização das políticas, inclusive das portas de urgência e dos protocolos de crise (Brasil, 1990, p. 7; p. 19). Em saúde mental, esse comando é decisivo para sustentar modelos de cuidado em liberdade e para frear retrocessos re-institucionalizantes.

A Lei do SUS também normatiza a articulação intersetorial como condição do cuidado integral, reconhecendo determinantes sociais e a necessidade de ação conjunta com assistência social, justiça, educação e segurança cidadã. No campo da psiquiatria de emergência, isso se traduz em protocolos integrados para situações de crise, leitos regulados, transporte sanitário e dispositivos territoriais para moradia e reinserção, sob coordenação sanitária clara (Brasil, 1990, p. 2; p. 7). Sem intersetorialidade funcional, a urgência psiquiátrica se converte em circuito de exclusão.

Por fim, a Lei nº 8.080 serve de base para a incorporação normativa das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial, articulando-se à Lei nº 10.216 e às portarias que estruturam a RAPS. Enquanto a Lei nº 10.216 positivou o cuidado em liberdade e a substituição do hospital psiquiátrico, a Lei do SUS fornece o chão organizativo, financeiro e participativo para que a urgência e a continuidade do cuidado psiquiátrico sejam de fato universais, integrais e equânimes (Brasil, 1990, p. 7; Brasil, 2001, p. 1; Brasil, 2011, p. 1). Nesse entrelaçamento, a saúde mental deixa de ser um apêndice e passa a ser prova de fogo da promessa constitucional: sem rede regionalizada, sem metas e sem participação, não há SUS, e sem SUS efetivo não há direito existencial à saúde psíquica.

A democracia pode ser compreendida como o mais complexo e ambicioso projeto de emancipação humana criado pelas sociedades contemporâneas, pois articula dignidade e liberdade como valores universais que estruturam a convivência social. Esse entendimento se fortalece quando se reconhece que os direitos fundamentais não nascem apenas de acordos políticos, mas da própria condição humana. Canotilho lembra que “os direitos do homem, válidos para todos os povos e em todos os tempos, encontram na Constituição a sua forma jurídico-institucional, transformando-se em direitos fundamentais” (Canotilho, 2000, p. 387). Essa afirmação aproxima o conceito de democracia da experiência concreta das pessoas, já que, como destaca Bonavides, “a liberdade e a dignidade são valores universais cuja concretização se dá no espaço democrático” (Bonavides, 2010, p. 562).

Na contemporaneidade, a democracia exige não apenas instituições formais, mas uma cultura política voltada à participação ativa e à justiça social. Isso implica ampliar a capacidade das políticas públicas de responder às desigualdades históricas e incorporar populações vulnerabilizadas ao centro da vida democrática. Mattietto afirma que “a democracia deve reconhecer a diversidade e proteger as minorias, pois a igualdade substancial, e não apenas formal, é condição essencial para a convivência com dignidade” (Mattietto, 2023, p. 13). Essa perspectiva dialoga com a reflexão pedagógica de Edgar Morin, segundo a qual “ensinar, viver e defender a democracia é tarefa de formação humana” (De Paula, 2024, p. 7-9), demonstrando que a democracia não se preserva sozinha, depende de cuidado contínuo e coletivo.

No campo jurídico, a democracia se expressa como o ápice da racionalidade normativa, pois transforma a vontade popular em normas que retornam à sociedade como instrumentos de equidade. Esse ciclo exige do Estado mais do que abstenção, exige presença qualificada. Canotilho pontua que “os direitos fundamentais não se limitam a impor abstenções estatais, mas exigem atuações positivas do poder público” (Canotilho, 2000, p. 389). Já Bonavides afirma que “a democracia moderna não se sustenta sem um Estado provido de conteúdo social capaz de realizar justiça distributiva” (Bonavides, 2010, p. 561). Dessa forma, políticas públicas tornam-se o elo necessário entre o texto constitucional e a fruição real dos direitos.

A democracia contemporânea exige, conforme defende Habermas, uma estrutura social sustentada pela racionalidade comunicativa, na qual o diálogo público não seja apenas instrumento, mas fundamento do próprio sistema político. Para o autor, a legitimidade democrática decorre da participação ativa dos cidadãos na esfera

pública e de processos de deliberação que possibilitam a construção coletiva do bem comum (Habermas, 2021, p. 41). Assim, a democracia não se sustenta apenas na existência de instituições, mas na capacidade real da sociedade de comunicar, decidir e transformar suas condições de vida.

Wenczenovicz e Silva argumentam que a democracia deve ser compreendida como um espaço normativo onde os direitos fundamentais encontram condições materiais de efetividade. Para as autoras, a proteção dos direitos não é mero desdobramento jurídico, mas componente indispensável da própria legitimidade do regime democrático, já que um Estado que não assegura direitos básicos coloca em risco a própria noção de cidadania (Wenczenovicz; Silva, 2021, p. 104). A democracia, portanto, não pode existir dissociada da garantia concreta dos direitos fundamentais.

Nesse sentido, Mattietto afirma que a democracia exige o reconhecimento da igualdade substancial, superando a igualdade meramente formal típica do constitucionalismo liberal. Segundo o autor, políticas públicas devem corrigir desigualdades estruturais que afetam grupos vulnerabilizados, pois sem essa intervenção o ideal democrático permanece incompleto, reduzido a promessas abstratas que não se concretizam no cotidiano social (Mattietto, 2023, p. 5). A igualdade, portanto, é processo e prática, não enunciado.

Habermas ressalta que a democracia precisa continuamente legitimar-se mediante procedimentos inclusivos, nos quais a sociedade civil tem papel central na resistência a retrocessos e na formulação de demandas por direitos (Habermas, 2021, p. 57). Essa observação é essencial para compreender a dimensão dinâmica das lutas sociais, incluindo aquelas relacionadas à saúde mental e aos direitos de populações historicamente marginalizadas.

De Paula, ao refletir sobre a educação democrática, destaca que a formação cidadã deve orientar-se para a construção de sujeitos críticos capazes de compreender e participar das estruturas deliberativas da sociedade (De Paula, 2024, p. 8). Para o autor, a democracia exige não apenas instituições, mas uma cultura democrática que transforme a subjetividade coletiva e promova o engajamento na defesa dos direitos humanos. Assim, a educação e a participação se tornam duas faces de um mesmo processo.

Wenczenovicz e Silva sustentam que a democracia é constantemente tensionada por forças antidemocráticas, como desigualdades socioeconômicas, racismo estrutural e políticas de austeridade que fragilizam o Estado social

(Wenczenovicz; Silva, 2021, p. 112). Quando tais forças avançam, produzem erosão democrática, pois atingem diretamente a capacidade estatal de concretizar direitos fundamentais. A fragilidade das políticas públicas, nesse sentido, é sempre um risco à democracia.

Mattietto reforça que políticas públicas são mecanismos de redistribuição e reconhecimento, e que a ausência ou insuficiência dessas políticas gera desigualdades incompatíveis com um modelo democrático substancial (Mattietto, 2023, p. 10). Isso significa que a democracia depende da efetividade de políticas sociais e que sua saúde institucional pode ser medida pela capacidade do Estado em garanti-las.

Habermas interpreta a democracia como um projeto inacabado, cuja realização depende da permanente articulação entre Estado e sociedade civil (Habermas, 2021, p. 65). Essa visão aponta que direitos fundamentais não são estáticos, mas exigem constante atualização institucional para responder a novas formas de exclusão e vulnerabilidade, inclusive no campo da saúde mental.

Wenczenovicz e Silva afirmam que direitos fundamentais sociais, como saúde, constituem a base material da democracia, já que asseguram condições de existência sem as quais não há possibilidade real de participação política (Wenczenovicz; Silva, 2021, p. 118). Nesse sentido, quando o Estado brasileiro falha em garantir acesso à saúde psiquiátrica, viola não apenas um direito individual, mas compromete o próprio funcionamento democrático. A saúde mental torna-se, assim, elemento estrutural da cidadania, pois sem proteção psíquica adequada não há autonomia, liberdade deliberativa ou capacidade de exercício pleno de direitos.

De modo convergente, Mattietto enfatiza que políticas públicas devem reduzir desigualdades e assegurar inclusão substancial (Mattietto, 2023, p. 12). A garantia do acesso à saúde mental, portanto, não é apenas uma política setorial, mas uma política democrática, pois corrige desigualdades históricas, protege grupos vulneráveis e fortalece a coesão social. Dessa forma, assegurar atendimento psiquiátrico digno, contínuo e territorializado significa fortalecer a democracia brasileira, já que promove dignidade, igualdade e participação efetiva. O cuidado em saúde mental, assim, deixa de ser um serviço e se torna uma garantia constitucional indispensável à sustentação da vida democrática.

Quando políticas públicas falham, há violação direta da democracia e da dignidade da pessoa humana. Wenczenovicz alerta que “a democracia só é legítima

quando o Estado assegura o exercício pleno dos direitos, especialmente daqueles que dependem de prestações positivas” (Wencznovicz, 2021, p. 104). Habermas aprofunda essa reflexão ao afirmar que a legitimidade democrática nasce da “comunicação livre e racional entre os cidadãos” (Habermas, 2021, p. 41). Assim, os espaços participativos, como conselhos e conferências, não são acessórios administrativos, mas a espinha dorsal da soberania popular.

No campo da saúde, a democracia encontra um de seus maiores desafios, pois direitos fundamentais de segunda dimensão, como saúde, educação e moradia, exigem ações estatais contínuas. Bonavides ressalta que “a realização da democracia depende da concretização dos direitos sociais, e entre eles o direito à saúde ocupa posição central” (Bonavides, 2010, p. 563). A saúde, definida no artigo 196 da Constituição como direito de todos e dever do Estado, abrange dimensões físicas, sociais e psíquicas, sendo esta última frequentemente negligenciada, apesar de sua relevância existencial.

A democracia brasileira, construída após décadas de autoritarismo, consolidou no texto constitucional de 1988 um projeto civilizatório baseado na dignidade e nos direitos sociais. Bonavides observa que “a Constituição de 1988 é a mais democrática de todas as Constituições brasileiras” (Bonavides, 2010, p. 561), pois reconhece a saúde como direito fundamental e estabelece o SUS como política pública universal e igualitária. Essa estrutura revela que a efetividade democrática depende da solidez das políticas públicas, que fazem da dignidade um princípio vivido e não apenas proclamado.

Nesse horizonte, a Reforma Psiquiátrica brasileira representa uma das expressões mais profundas da democracia substantiva, pois redefine o lugar das pessoas em sofrimento mental na sociedade. Basaglia, referência internacional desse movimento, defendeu que “a cura começa quando o sujeito volta a existir como cidadão” (Basaglia, 1985, p. 42), afirmando a liberdade como condição terapêutica. Essa visão ecoou fortemente no Brasil, influenciando movimentos sociais que denunciaram a violência manicomial e exigiram a construção de uma nova ética do cuidado.

Durante a década de 1970, em plena ditadura militar, familiares, profissionais e usuários começaram a denunciar a violência institucional nos grandes hospitais psiquiátricos. Amarante destaca que “a Reforma Psiquiátrica brasileira não é apenas uma política de saúde, mas um projeto civilizatório que se propõe a reconstruir o

estatuto social e jurídico da loucura” (Amarante, 2007, p. 15). O debate amadureceu nas conferências de saúde e encontrou na Constituição de 1988 o marco jurídico para sua consolidação, quando o artigo 196 estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988, p. 1). A partir desse momento, saúde mental e democracia tornaram-se inseparáveis, pois ambas dependem da dignidade humana como fundamento.

O marco decisivo da Reforma Psiquiátrica brasileira consolidou-se com a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a chamada Lei Paulo Delgado, que rompeu com a centralidade do hospital psiquiátrico e instituiu o modelo psicossocial de base comunitária. Essa legislação reorganizou o cuidado em saúde mental a partir da liberdade, da autonomia e da reinserção social dos usuários, provocando uma inflexão histórica e jurídica. Casagrande destaca que a Lei Antimanicomial se tornou um “marco fundamental na transformação da política de saúde mental no Brasil, ao afirmar o direito à dignidade, à liberdade e à inclusão social das pessoas com transtornos mentais” (Casagrande, 2025, p. 1). Ao priorizar serviços territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial, a norma deslocou o foco do tratamento da doença para o sujeito, reafirmando o compromisso com os direitos humanos e existenciais.

Apesar desse avanço, a trajetória de consolidação da Reforma Psiquiátrica nunca foi linear. Fernandes observa que “a desinstitucionalização permanece como campo de disputa política e simbólica, oscilando entre avanços institucionais e práticas de retrocesso que mantêm o internamento compulsório e a lógica do enclausuramento” (Fernandes, 2018, p. 67). O autor evidencia, por meio de dados oficiais, como a distribuição desigual da RAPS acentua disparidades regionais, sobretudo pela concentração de serviços no Sul e Sudeste. Essa assimetria revela limites estruturais que atravessam o financiamento público e desafiam a concretização dos direitos fundamentais no território nacional.

Lamenha aprofunda essa crítica ao afirmar que “a institucionalização da saúde mental no modo capitalista reflete a contradição entre a política econômica e a política social, em que o cuidado é muitas vezes subordinado à lógica mercadológica” (Lamenha, 2013, p. 12). Essa leitura expõe a fricção entre os ideais da Reforma e as dinâmicas de austeridade fiscal que moldam as políticas públicas, fragilizando a rede de atenção e tornando o cuidado dependente de disputas orçamentárias.

A Bahia reproduz essa assimetria nacional, embora registre avanços importantes. A criação da Rede de Atenção Psicossocial estadual ampliou dispositivos comunitários e qualificou estratégias de atendimento, especialmente com a expansão de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos. No entanto, Nunes e Torrenté destacam que “a política de saúde mental na Bahia ainda enfrenta grandes desafios estruturais, como a insuficiência de CAPS III e a falta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o que compromete o atendimento emergencial” (Nunes; Torrenté, 2018, p. 4490). Em Salvador, a situação se agrava pela elevada demanda e pela desarticulação entre dispositivos da RAPS, UPAs e SAMU, gerando vazios assistenciais que comprometem a continuidade da atenção.

Essa realidade culmina em um paradoxo emblemático. Mesmo com normativas robustas, Salvador convive com precariedade estrutural, escassez de profissionais, equipamentos sobrecarregados e fluxos assistenciais fragmentados. Finco e Pitta observam que a cidade “vive uma crise permanente de gestão e de integração entre as redes, que compromete o direito existencial ao acolhimento em crise e à continuidade do cuidado” (Finco; Pitta, 2011, p. 149). A ausência de portas específicas de urgência psiquiátrica amplia o tempo de espera e favorece encaminhamentos inadequados, configurando violações diretas à dignidade humana.

A urgência psiquiátrica ocupa uma zona fronteiriça entre o cuidado clínico e a proteção de direitos fundamentais. Quando o Estado se omite, ocorre uma ruptura ética e jurídica que compromete a integridade física e psíquica das pessoas em sofrimento. A Constituição de 1988 vincula o Estado ao dever de garantir serviços de saúde adequados e contínuos, especialmente em situações de risco. Nesse sentido, Oliveira afirma que “a omissão do Estado na efetivação das políticas públicas de saúde mental representa não apenas uma falha administrativa, mas uma afronta à Constituição e à própria noção de humanidade” (Oliveira, 2022, p. 17).

A história da Reforma Psiquiátrica e sua aplicação no campo emergencial mostram que os desafios atuais transcendem os aspectos normativos. Eles envolvem ética, gestão, financiamento, disputas ideológicas e enfrentamento ao estigma. A maturidade democrática de uma sociedade, portanto, manifesta-se na forma como ela cuida de seus cidadãos em sofrimento psíquico. Enquanto a crise for tratada como desvio a ser contido, e não como direito a ser acolhido, o Estado falhará em sua responsabilidade mais elementar: assegurar existência com dignidade.

Nesse horizonte, a saúde mental integra o núcleo dos direitos fundamentais e existenciais. A Lei nº 10.216/2001 consolidou o paradigma da liberdade e da reinserção social como eixo central do cuidado. Santos ressalta que essa legislação “representa uma mudança de paradigma ao promover o cuidado em liberdade e a autonomia dos sujeitos” (Santos, 2022, p. 5). Em consonância, Couto e Alberti afirmam que a Reforma é “um processo de construção de cidadania, fundado na autonomia e na singularidade humana” (Couto; Alberti, 2008, p. 49). Contudo, como alertam Nunes et al., “as reformas psiquiátricas e suas contrarreformas ocorrem em meio a crises sociopolíticas, revelando o hiato entre o plano normativo e a realidade concreta” (Nunes et al., 2018, p. 4490). Assim, como reforça Lamenha, a desinstitucionalização deve ser entendida como “movimento político de reconstrução da cidadania e da reinserção social de pessoas historicamente silenciadas” (Lamenha, 2013, p. 11).

Ao retomar o diálogo entre a Constituição Federal e a Lei nº 8.080, é impossível não reconhecer que o direito à saúde mental emerge como uma categoria jurídica que ultrapassa o campo sanitário e alcança o próprio sentido da cidadania democrática. A Constituição de 1988 instituiu a dignidade como eixo estruturante do Estado brasileiro, mas é a Lei do SUS que traduz essa dignidade em parâmetros operacionais, exigindo redes regionais, integralidade e equidade. Nesse quadro, a literatura da Reforma Psiquiátrica amplia o alcance hermenêutico desses dispositivos ao demonstrar que o cuidado psíquico não pode ser concebido sem a reconstrução do lugar social da loucura. Amarante (2007) e Basaglia (1985) lembram que o Estado só cumpre sua função civilizatória quando reconhece o sujeito em sofrimento como cidadão pleno, e não como objeto da tutela médica ou policial. Assim, a Constituição e a Lei nº 8.080 adquirem densidade política quando interpretadas à luz dessa tradição crítica.

A articulação entre o texto constitucional e a Lei do SUS também revela a tensão permanente entre os pilares democráticos e as forças que insistem em reproduzir lógicas manicomiais. Fernandes (2018) e Lamenha (2013) mostram que a Reforma Psiquiátrica é atravessada por disputas simbólicas que desafiam a implementação dos princípios constitucionais. A integralidade, prevista no artigo 198 e reiterada pela Lei nº 8.080, exige linhas de cuidado contínuas, portas de urgência qualificadas e fluxos territoriais consistentes, mas a realidade analisada por esses autores demonstra que, muitas vezes, o cuidado psíquico é interrompido, fragmentado ou devolvido ao circuito da institucionalização. O choque entre norma e prática,

portanto, não é simples falha administrativa, mas evidência de que as instituições ainda carregam resquícios de racionalidades excludentes que a Reforma buscou superar.

Nunes e Torrenté (2018) reforçam essa leitura ao analisar as fragilidades da saúde mental na Bahia, mostrando que a promessa constitucional da descentralização e da equidade, reforçada pela Lei do SUS, é frustrada por desigualdades regionais e insuficiência de serviços estratégicos, como CAPS III e leitos psiquiátricos em hospital geral. Aqui, a dimensão jurídica ganha textura empírica: a ausência de retaguarda para a urgência psiquiátrica não é apenas um problema assistencial, mas um sintoma da erosão dos direitos fundamentais. Finco e Pitta (2011), ao descreverem a desarticulação das redes e a sobrecarga dos dispositivos existentes, demonstram que o SUS só se realiza plenamente quando a política pública se converte em prática territorial concreta, e não apenas em diretriz normativa. Assim, o diálogo entre a CF, a Lei nº 8.080 e a literatura revela que a saúde mental é um dos campos onde mais se evidencia a distância entre o ideal constitucional e a materialidade das políticas públicas.

Couto e Alberti (2008), Santos (2022) e Casagrande (2025) contribuem para ampliar esse debate ao enfatizar que a Reforma Psiquiátrica inaugurou um novo paradigma de cidadania, fundado na autonomia, na liberdade e na singularidade humana. Essa concepção dialoga diretamente com o artigo 1º da CF, pois reconhece que a dignidade é inseparável da possibilidade de existir fora dos dispositivos de controle e violência institucional. A Lei nº 10.216 incorpora essa virada ética, mas sua efetivação depende da estrutura fornecida pela Lei nº 8.080: sem regionalização, sem financiamento adequado, sem participação social, o cuidado em liberdade torna-se retórico. A literatura evidencia, portanto, que a constitucionalização dos direitos só produz efeitos quando acompanhada da reorganização material das redes de cuidado, algo que a própria Lei do SUS exige, mas ainda não se consolida plenamente no território.

Por fim, o cruzamento entre normatividade constitucional, legislação infraconstitucional e literatura crítica produz uma provocação final: o Brasil já possui o aparato jurídico mais sofisticado da América Latina para a proteção da saúde mental, mas enfrenta uma distância estrutural entre o país previsto nas leis e o país vivido nas emergências psiquiátricas. Esse descompasso revela uma democracia em disputa. Enquanto a Constituição promete dignidade, a Lei nº 8.080 estrutura caminhos e a

Reforma Psiquiátrica redefine paradigmas, a realidade cotidiana insiste em mostrar retrocessos, violências institucionais e desassistência. A conclusão que se impõe é inevitável: garantir saúde mental digna não é apenas cumprir a Constituição, é decidir qual projeto de sociedade queremos sustentar. A urgência psiquiátrica, portanto, não deve ser vista como falha do indivíduo, mas como falência do Estado quando este se ausenta.

#### **4- SAÚDE MENTAL DE EMERGÊNCIA EM SALVADOR: O PARADIGMA DA OFERTA E DA DEMANDA DIANTE DO QUADRO DE SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO SOTEROPOLITANA.**

A análise da saúde no Brasil exige reconhecer que o Sistema Único de Saúde, embora seja uma das maiores políticas públicas universalistas do mundo, convive com desigualdades históricas, subfinanciamento e uma federação fragmentada. O *Relatório Abrasco – Desafios da Regionalização da Política de Saúde no Brasil* indica que o SUS nasceu tensionado entre princípios constitucionais abrangentes e uma capacidade operacional limitada, resultando em assimetrias marcantes entre regiões (Abrasco, 2023, p. 12). Esse descompasso estrutural aparece tanto na distribuição de recursos quanto na oferta de serviços especializados, demonstrando que o país não consolidou uma organização interfederativa capaz de sustentar um sistema verdadeiramente integrado.

Essa fragilidade histórica torna-se ainda mais evidente quando se observa o processo de municipalização das políticas de saúde. O relatório afirma que a descentralização dos anos 1990 colocou sobre os municípios responsabilidades que ultrapassavam sua capacidade técnica e financeira, sobretudo em áreas de média e alta complexidade (Abrasco, 2023, p. 22). A ausência de governança regional efetiva comprometeu a articulação entre territórios, reforçando a dependência de alguns polos urbanos e ampliando a desigualdade no acesso aos serviços. Assim, o que deveria ser um movimento de democratização acabou contribuindo para a construção de uma rede desigual, marcada por vazios assistenciais e sobrecarga de alguns municípios estratégicos.

Nesse cenário, a regionalização emerge como eixo fundamental para a organização do SUS. O relatório destaca que a construção de redes assistenciais depende de pactuação entre entes federados, planejamento territorial e mecanismos de governança capazes de superar a fragmentação (Abrasco, 2023, p. 24). No entanto, a ausência de estruturas regionais fortes impede a consolidação de fluxos assistenciais e compromete a continuidade do cuidado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a distribuição de serviços é altamente desigual. A dificuldade

de cooperação federativa, segundo a Abrasco, representa uma das maiores barreiras para a efetividade das políticas de saúde no país.

Entre os campos que mais sofrem com essa desarticulação está a saúde mental. O relatório explica que a RAPS depende de serviços especializados, cujo funcionamento requer escala populacional e financiamento contínuo, condições raras em municípios isolados (Abrasco, 2023, p. 25). Assim, a falta de regionalização impede que CAPS III, unidades de acolhimento, serviços de emergência e leitos em hospital geral sejam distribuídos de forma equilibrada, criando regiões inteiras sem retaguarda adequada. A saúde mental, portanto, se transforma em indicador sensível das falhas estruturais do sistema, já que não há cuidado territorial possível sem redes integradas.

Além disso, o subfinanciamento crônico agrava as desigualdades. A Abrasco ressalta que a redução dos investimentos federais, especialmente após a Emenda Constitucional 95, atingiu de forma profunda os serviços de saúde mental, que já eram historicamente fragilizados (Abrasco, 2023, p. 30). A precarização das equipes, a insuficiência de CAPS e a ausência de dispositivos de urgência refletem esse cenário. A falta de orçamento adequado compromete iniciativas de regionalização, inviabiliza a ampliação da rede substitutiva e perpetua o risco de retorno a práticas manicomialis.

Outro aspecto que o relatório evidencia é a persistência de modelos de cuidado centrados na hospitalização e na crise, mesmo após décadas de Reforma Psiquiátrica. A Abrasco observa que a insuficiência de dispositivos comunitários mantém a urgência psiquiátrica como espaço de contenção, medicalização e práticas pouco humanizadas, especialmente em regiões onde a RAPS não se consolidou (Abrasco, 2023, p. 27). Isso ocorre porque a ausência de serviços territoriais transforma o hospital em única porta de entrada, perpetuando um modelo que contraria o cuidado em liberdade previsto na Lei nº 10.216/2001.

A desigualdade territorial reforça esse quadro. O relatório demonstra que regiões metropolitanas concentram a maior parte dos serviços de saúde mental, deixando municípios menores dependentes de fluxos regulatórios instáveis e descontinuados (Abrasco, 2023, p. 26). Essa dependência resulta em peregrinação, atrasos no atendimento e interrupções no cuidado. Nas palavras da Abrasco, é justamente na saúde mental que a crise da regionalização se expressa com maior força, pois a

ausência de governança interfederativa resulta em desproteção social e vulnerabilidade clínica.

No panorama geral descrito pela Abrasco, a saúde mental não aparece apenas como um setor específico, mas como símbolo da incapacidade do país de construir redes integradas. O relatório explica que, sem coordenação regional, não é possível ampliar cobertura, regular fluxos ou garantir continuidade terapêutica, elementos indispensáveis para o cuidado em crise (Abrasco, 2023, p. 25). Assim, a crise da saúde mental deve ser compreendida como expressão da crise federativa do SUS e não apenas como falha administrativa pontual.

Essa análise permite compreender como os desafios nacionais repercutem de forma diferenciada nos estados, especialmente no Nordeste. A Bahia, segundo seu *Relatório Estadual de Indicadores de Saúde* (Bahia, 2024), enfrenta dificuldades semelhantes às apontadas pela Abrasco, tais como desigualdade regional, insuficiência de serviços especializados e sobrecarga de hospitais gerais e psiquiátricos (Bahia, 2024, p. 41–43). O documento também destaca que, apesar dos esforços para ampliar a atenção psicossocial, ainda há hiatos importantes na distribuição de CAPS, na oferta de leitos de saúde mental e na articulação entre urgência e atenção territorial (Bahia, 2024, p. 55–56).

No caso particular de Salvador, a situação se agrava. O relatório estadual mostra que a capital concentra a maior parte das internações psiquiátricas e dos atendimentos emergenciais da Bahia, mas sua rede comunitária permanece insuficiente para absorver a demanda (Bahia, 2024, p. 82). O documento aponta que a sobrecarga dos hospitais especializados e a falta de dispositivos regionais configuram barreiras concretas à efetivação da Reforma Psiquiátrica, reproduzindo o que a Abrasco identifica como efeito direto da ausência de regionalização. Assim, Salvador ilustra, de forma contundente, como a crise federativa do SUS se materializa em exclusão, desigualdade e violação do direito existencial à saúde mental.

O panorama geral da saúde na Bahia, conforme apresentado no *Relatório de Situação da Saúde* (Bahia, 2024), revela avanços na organização das redes assistenciais, especialmente na Atenção Primária, mas também evidencia a permanência de desigualdades regionais profundas que impactam diretamente a capacidade do estado de garantir acesso universal e integral. O documento enfatiza

que a ampliação da cobertura e a regionalização dos serviços ainda encontram obstáculos estruturais e financeiros, dificultando a homogeneidade do cuidado e restringindo a efetividade das políticas públicas de saúde (Bahia, 2024, p. 16–18). Essa fragilidade sistêmica afeta de modo particular as regiões metropolitanas, onde a pressão demográfica e epidemiológica é historicamente maior.

No caso da saúde mental, o relatório estadual demonstra que a organização da Rede de Atenção Psicossocial permanece insuficiente diante da necessidade populacional. A Bahia registra distribuição desigual de CAPS, carência de serviços 24h e escassez de leitos de atenção integral, o que compromete a diretriz da territorialidade prevista pela Reforma Psiquiátrica. O documento aponta que os desafios para consolidar o cuidado em liberdade incluem desde a falta de equipes multiprofissionais até a ausência de dispositivos comunitários suficientes, dificultando a substituição real do modelo hospitalocêntrico (Bahia, 2024, p. 40–42). Assim, o estado reconhece que a saúde mental ainda não alcançou o mesmo patamar de institucionalização observado em outras áreas da saúde.

Quando se compara esse panorama ao da capital, observa-se que Salvador concentra a maior parte das demandas do estado, mas simultaneamente enfrenta os gargalos mais críticos. O *Relatório Anual de Gestão 2024* mostra que, embora o município tenha avançado em estruturação administrativa e cobertura da Atenção Primária, a rede de atenção especializada permanece fragmentada e insuficiente frente ao volume de atendimentos (Salvador, 2025, p. 4–5). A capital também executou mais de 97% de seu orçamento de saúde, ultrapassando três bilhões de reais, mas a maior parte dos recursos foi absorvida pela manutenção de serviços existentes, revelando limitações para expansão de serviços estruturantes, incluindo a saúde mental (Salvador, 2025, p. 5).

A tensão entre demanda e oferta torna-se ainda mais evidente quando se analisam os dispositivos de atenção psicossocial. O relatório municipal registra apenas intervenções pontuais no campo da saúde mental, como requalificações limitadas de CAPS e implantação de equipes volantes, iniciativas importantes, porém insuficientes diante do tamanho da capital e da complexidade de seus territórios (Salvador, 2025, p. 4). Essas ações, apesar de avançarem na perspectiva da intersetorialidade, não conseguem alterar estruturalmente a capacidade da rede, permanecendo longe do que preconiza a Lei nº 10.216/2001.

A situação se agrava porque Salvador absorve parcela significativa das internações psiquiátricas do estado, devido à concentração histórica de hospitais especializados. Enquanto a Bahia reconhece a necessidade de ampliar serviços territoriais, é em Salvador que os efeitos práticos dessa insuficiência se materializam de forma mais intensa, gerando sobrecarga persistente dos serviços de urgência e emergência (Bahia, 2024, p. 41). A ausência de CAPS III em quantidade adequada, de leitos em hospital geral e de pontos de atenção 24h faz com que a rede funcione de maneira reativa, e não preventiva ou comunitária.

No eixo da vigilância e da gestão de riscos, ambos os relatórios se convergem ao destacar que a Bahia e Salvador enfrentam um cenário epidemiológico complexo, marcado pela reemergência de doenças, alta densidade populacional e desigualdade socioespacial. Em Salvador, foram mais de 1.400 investigações epidemiológicas concluídas em 2024, reforçando o papel gestor do município, mas também revelando um acúmulo de demandas que tensionam a estrutura de saúde (Salvador, 2025, p. 24). Para populações vulnerabilizadas, como pessoas com transtornos mentais, isso se traduz em maior risco de desassistência e rupturas nos fluxos de cuidado.

A análise integrada dos relatórios mostra que, enquanto a Bahia reconhece fragilidades na expansão da RAPS, Salvador vivencia essas fragilidades de forma concentrada. O estado aponta que a formação de equipes multiprofissionais ainda é limitada e que há carência de dispositivos comunitários adequados (Bahia, 2024, p. 45), e a capital confirma essa carência ao relatar dificuldades na resolutividade das portas de entrada, sobretudo na saúde mental emergencial. Isso reforça a conclusão de que o cuidado psicossocial na Bahia ainda não alcançou maturidade institucional, permanecendo preso a modelos híbridos entre o hospitalar e o comunitário.

Outro aspecto relevante é a forma como ambos os relatórios tratam os direitos humanos e a equidade. A Bahia reconhece que populações vulneráveis, como comunidades quilombolas, pessoas em situação de rua e beneficiários de programas de assistência social, enfrentam obstáculos adicionais de acesso (Bahia, 2024, p. 52–53). Salvador detalha ações específicas voltadas a esses grupos, mas evidencia que elas são fragmentadas e dependem de projetos temporários, o que dificulta a implementação de uma política permanente de cuidado psicossocial (Salvador, 2025, p. 22–23). Essa ausência de continuidade contribui para a reprodução de iniquidades estruturais no acesso ao cuidado.

À luz dessas análises, torna-se evidente que a saúde mental na Bahia, e particularmente em Salvador, é marcada por um descompasso entre normatividade e realidade. O arcabouço jurídico federal, Constituição de 1988, Lei nº 10.216/2001 e diretrizes da RAPS, estabelece a territorialidade, a integralidade e o cuidado em liberdade como princípios fundamentais. Entretanto, os relatórios revelam que o estado e sua capital ainda não dispõem de estrutura, equipes e dispositivos suficientes para concretizar esses princípios. Isso evidencia um desvio entre o direito formal e o direito materialmente garantido.

Em síntese, a leitura conjugada dos dois relatórios mostra que a Bahia avança de forma gradual, enquanto Salvador enfrenta de maneira mais aguda as consequências da insuficiência estrutural da rede psicossocial. A soma de fatores como centralização dos serviços, baixa oferta de dispositivos comunitários, restrição de leitos e sobrecarga dos hospitais especializados configura uma violação concreta ao direito fundamental à saúde mental. Superar esse cenário exige investimentos contínuos, ampliação da RAPS, descentralização territorial e qualificação das equipes, para que o cuidado em liberdade deixe de ser promessa normativa e se torne realidade substantiva na vida das pessoas.

O Relatório Anual de Gestão de 2024 apresenta uma rede municipal de saúde em expansão, especialmente pela ampliação da Atenção Primária, que alcança 70 por cento de cobertura com 162 unidades ativas. Esse movimento de descentralização é tratado como avanço estratégico para enfrentar desigualdades territoriais persistentes em Salvador, conforme registrado no próprio documento (Salvador, 2025, p. 14). Ainda assim, o relatório reconhece que a rede permanece marcada por fragilidades relacionadas à integração dos serviços e à consolidação de fluxos assistenciais, dificultando a plena efetivação da política de saúde (Salvador, 2025, p. 17).

No campo da saúde mental, o relatório aponta a requalificação de um CAPS III e a criação de uma equipe volante destinada à população em situação de rua, reforçando o princípio da territorialidade defendido pela Reforma Psiquiátrica (Salvador, 2025, p. 89). Também registra a ampliação dos Centros Especializados em Reabilitação, voltados inclusive a deficiências intelectuais e transtornos do espectro autista, reforçando a articulação intersetorial da política municipal (Salvador, 2025, p. 91). Esses elementos indicam avanços importantes, embora insuficientes diante da demanda crescente.

A reorganização do Pronto Atendimento Psiquiátrico é outro ponto de destaque. O relatório relata que a unidade passou por expansão física, inclusão de novos leitos e reforço da equipe multiprofissional, tornando-se equipamento central para acolhimento de crises graves (Salvador, 2025, p. 101). Apesar disso, o próprio documento reconhece que o PAP funciona como único serviço do tipo na cidade, o que evidencia a fragilidade da rede e a dependência de dispositivos isolados (Salvador, 2025, p. 102).

O relatório também evidencia que apenas três unidades de urgência operam com fluxos específicos de saúde mental: UPA Valéria, UPA Santo Antônio e Pronto Atendimento Psiquiátrico. A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco nessas unidades dependeu diretamente da presença de psiquiatras, demonstrando que a carência de profissionais especializados é um fator limitante para a expansão da política (Salvador, 2025, p. 103). A baixa cobertura e a concentração dos dispositivos emergenciais reforçam a leitura de que a RAPS ainda não alcançou maturidade territorial em Salvador.

Quanto ao processo de desinstitucionalização, o relatório apresenta avanços, como a ampliação de Serviços Residenciais Terapêuticos e acolhimento de pessoas egressas do Hospital de Custódia, mas indica que o número total ainda é reduzido diante das necessidades acumuladas ao longo de décadas (Salvador, 2025, p. 110). A permanência de indivíduos institucionalizados mostra que o município ainda enfrenta dificuldades em concretizar o modelo psicossocial previsto pela Lei nº 10.216/2001.

A resposta às urgências psiquiátricas também é considerada insuficiente pelo próprio relatório. Salvador ainda não consolidou fluxos formais de atendimento em toda a rede, e nem estruturou integralmente a estratificação de risco em saúde mental. O documento aponta que a ausência de padronização compromete a continuidade do cuidado e contribui para a circulação repetitiva de usuários entre diferentes serviços, sem garantia de estabilização e seguimento (Salvador, 2025, p. 112).

O relatório registra iniciativas intersetoriais importantes, como o Fórum Municipal de Saúde Mental Antirracista e Redução de Danos e a atuação do Grupo Condutor em Saúde Mental. Essas ações refletem o reconhecimento institucional da necessidade de enfrentar desigualdades raciais, estigma e criminalização associados

ao sofrimento psíquico. No entanto, o relatório também deixa claro que tais iniciativas ainda carecem de maior alcance territorial e de impacto direto na assistência cotidiana (Salvador, 2025, p. 115).

No panorama geral, o RAG 2024 revela uma Salvador que avança, mas avança de modo desigual. Os investimentos em atenção básica, CAPS e PAP representam conquistas reais, mas insuficientes quando confrontados com a magnitude da demanda psiquiátrica da capital. Persistem lacunas de acesso, ausência de descentralização, carência de profissionais e dependência de poucos serviços emergenciais. Assim, mesmo diante de iniciativas relevantes, o relatório torna evidente a distância entre o arcabouço legal, Constituição de 1988, Lei nº 10.216/2001 e diretrizes da RAPS, e a capacidade instalada para concretizar o direito fundamental à saúde mental (Salvador, 2025, p. 118).

O panorama da saúde psiquiátrica de emergência em Salvador revela uma contradição estrutural que se manifesta de forma persistente. A capital baiana ainda concentra grande parte de suas respostas em hospitais especializados de tradição histórica, como o Hospital Juliano Moreira e o Hospital Mário Leal, que continuam absorvendo a maior parcela das internações. Paralelamente, observa-se um movimento de tentativa de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial por meio da expansão dos CAPS e da atuação das unidades de pronto atendimento, embora a cobertura dessas iniciativas permaneça distante da real dimensão da demanda. Trata-se de um descompasso evidente entre o projeto psicossocial da Reforma Psiquiátrica e a capacidade operacional do território.

Os dados epidemiológicos escancaram a permanência de um arranjo assistencial que segue orbitando o eixo hospitalar, apesar de décadas de Reforma Psiquiátrica. Entre 2010 e 2016, Salvador concentrou 39,58 por cento de todas as internações psiquiátricas da Bahia, das quais mais de 63 por cento ocorreram em hospitais especializados, com destaque para diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, responsáveis por cerca de 45,63 por cento das hospitalizações (Santos; Sena; Aguiar, 2017, p. 377). Esse conjunto de números não apenas expressa a centralidade das crises agudas na dinâmica assistencial da capital, mas evidencia também que o território permanece secundário frente à recorrência da internação como ferramenta de manejo do sofrimento psíquico.

A repetição desse padrão demonstra que a rede, longe de se constituir como sistema psicossocial integrado, opera em fragmentos e reproduz a prática tradicional de concentrar a resposta no momento crítico. Isso revela um descompasso profundo entre o que a legislação determina, atenção comunitária, cuidado em liberdade e prioridade aos dispositivos territoriais, e o que se materializa na vida cotidiana dos usuários. Há, assim, uma contradição estrutural: a normatividade avança, mas a realidade assistencial ainda se organiza segundo a lógica do internamento, reforçando a permanência de um modelo que deveria ter sido superado.

Essa rigidez epidemiológica mostra que a estrutura institucional não apenas falha em prevenir o agravamento das condições clínicas, como também perpetua um ciclo de reincidência e vulnerabilização, no qual a crise se torna o principal mecanismo de entrada e circulação no sistema. Trata-se de uma expressão inequívoca do paradigma da insuficiência, em que o marco legal projeta um ideal de dignidade e cidadania, mas a rede insiste em respostas de caráter emergencial e excludente, distantes do horizonte democrático que fundamenta o direito à saúde mental.

A literatura nacional também evidencia que, mesmo após décadas da Reforma, as equipes de urgência e emergência permanecem atravessadas por práticas biomédicas e hospitalocêntricas. Estudos voltados para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência mostram que profissionais atuam em meio ao medo, ao receio e ao despreparo diante das crises psiquiátricas, reproduzindo abordagens focadas em patologização, contenção e controle, em vez de acolhimento e escuta qualificada (Ramos et al., 2021, p. 2). Esse comportamento reitera o estigma histórico associado à loucura e enfraquece a implementação de estratégias alinhadas ao cuidado em liberdade.

No território soteropolitano, embora haja CAPS distribuídos em diferentes regiões, como o CAPS Gregório de Matos e o CAPS Luiz Meira Lessa, a rede não consegue garantir resposta integral e contínua às necessidades da população. Pesquisa etnográfica realizada em um CAPS da cidade identificou a convivência simultânea de três modelos clínicos distintos, um biomédico humanizado, um psicossocial institucional e um psicossocial territorial. Tal coexistência revela que os serviços operam em meio a tensões que atravessam a Reforma Psiquiátrica, dificultando a consolidação de práticas realmente centradas no território e na singularidade do sujeito (Nunes et al., 2008, p. 192).

Outro entrave recorrente é a inexistência de protocolos específicos e estruturados para o manejo das crises psiquiátricas. Revisões de escopo recentes mostram que os documentos orientadores ainda se baseiam majoritariamente em avaliações clínicas genéricas e no manejo farmacológico, sem oferecer referenciais psicossociais consistentes ou diretrizes articuladas com os dispositivos da RAPS (Oliveira et al., 2024, p. 2-3). Tal ausência contribui para que o atendimento permaneça fragmentado, improvisado e desconectado da proposta de integralidade defendida pela Reforma.

Nesse conjunto de fatores, evidencia-se que Salvador enfrenta um quadro de insuficiência estrutural e organizacional que atravessa não apenas as dinâmicas do cuidado, mas também o núcleo dos direitos fundamentais. O direito à saúde mental, garantido pela Constituição de 1988 e reafirmado pela Lei nº 10.216/2001, assume caráter existencial e precisa ser assegurado especialmente nos momentos de crise, quando o sujeito encontra-se em máxima vulnerabilidade. A precariedade dos serviços emergenciais, portanto, configura violação silenciosa do direito à dignidade, como observam Barbosa-Fohrmann e Martins ao discutirem o impacto da negligência estatal sobre a vida psíquica (Barbosa-Fohrmann; Martins, 2021, p. 2).

A persistência de práticas estigmatizantes nos serviços de urgência agrava ainda mais esse cenário. Ramos e colaboradores destacam que muitos profissionais do SAMU relatam sentimentos de insegurança e incapacidade ao lidar com pacientes em sofrimento psíquico, o que frequentemente resulta em contenção física ou farmacológica como primeira medida, em flagrante oposição aos princípios da Reforma Psiquiátrica e às diretrizes de direitos humanos, como as estabelecidas pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Ramos et al., 2021, p. 2).

Embora Salvador possua dispositivos estratégicos distribuídos no território, sua cobertura permanece insuficiente diante das demandas populacionais. O estudo etnográfico realizado por Nunes e colaboradores evidencia que a coexistência de modelos divergentes de cuidado dentro de um mesmo serviço fragiliza a consolidação da clínica ampliada e prejudica a articulação comunitária, essencial para a RAPS (Nunes et al., 2008, p. 192).

Por fim, a inconsistência dos protocolos clínicos de urgência e emergência reforça a fragilidade da rede. Oliveira e colaboradores destacam que as orientações vigentes

são genéricas, pouco específicas e excessivamente biomédicas, o que compromete a integração do cuidado e distancia os serviços das diretrizes psicossociais (Oliveira et al., 2024, p. 3).

Em síntese, o paradigma da insuficiência estrutural em Salvador revela-se não apenas como deficiência operacional, mas como violação concreta do direito existencial à saúde mental. Ao não oferecer uma resposta integral e humanizada nas emergências psiquiátricas, o Estado restringe a dignidade humana e enfraquece o compromisso democrático que fundamenta os direitos sociais. Assim, discutir a saúde mental emergencial em Salvador é, antes de tudo, tratar de justiça social, de igualdade substantiva e de efetivação dos direitos humanos no cotidiano urbano.

De acordo com o levantamento da Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial de Salvador (2021), a capital baiana reúne pontos específicos para urgência e emergência em saúde mental, incluindo um Pronto Atendimento Psiquiátrico dedicado, dez UPAs que recebem crises junto às demais urgências, quatro prontos-atendimentos, o SAMU 192 como suporte pré-hospitalar, dois hospitais estaduais especializados, além de um hospital geral e um hospital municipal com leitos destinados ao cuidado psiquiátrico. Entre esses dispositivos, destaca-se o Hospital Juliano Moreira, que mantém noventa e seis leitos, embora apenas quatro funcionem para emergência contínua, sendo referência para crises agudas (Bahia Notícias, 2023).

O Hospital Especializado Mário Leal também integra essa rede, com trinta leitos e oito destinados exclusivamente ao atendimento emergencial em situações de maior gravidade (Bahia Notícias, 2023). Em 2024, o Pronto Atendimento Psiquiátrico do quinto Centro de Saúde, nos Barris, ampliou a rede ao oferecer onze leitos e funcionamento ininterrupto, registrando mais de três mil e seiscentos acolhimentos em poucos meses, o que evidencia a demanda reprimida (Correio, 2024; Bahia Notícias, 2024). Ao somar esses serviços, Salvador dispõe de vinte e três leitos específicos para emergências psiquiátricas, número insuficiente diante da população superior a dois milhões e oitocentos mil habitantes, revelando o paradigma da insuficiência estrutural.

Entre os anos de 2010 e 2016, a cidade de Salvador concentrou 39,58% das internações psiquiátricas da Bahia, com destaque para casos de esquizofrenia e

transtornos delirantes, responsáveis por 45,63% das hospitalizações, como a cidade concentra a maioria dos atendimentos do estado da Bahia, em comparativo com a densidade populacional da cidade e do estado (Santos; Senar; Aguiar, 2017, p. 377), entende-se que mesmo, os Centros de Atenção Psicossocial combinando modelos biomédicos, psicossociais institucionais e psicossociais territoriais, nem sempre respondem às crises com a agilidade necessária, gerando sobrecarga nos hospitais e unidades emergenciais (Nunes et al., 2008, p. 192).

Esse conjunto de evidências revela, de forma contundente, o descompasso estrutural entre o que determina a legislação brasileira de saúde mental e a real capacidade instalada na rede de urgência e emergência de Salvador. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece que o tratamento às pessoas em sofrimento mental deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários, reservando a internação como medida excepcional e condicionada à insuficiência dos recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2001). Da mesma forma, as portarias que instituem e regulamentam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) reforçam a necessidade de garantir cuidado territorializado, integral e contínuo, estruturado em dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, como CAPS, SRT, equipes multiprofissionais e fluxos intersetoriais de acolhimento.

No plano internacional, esse arcabouço encontra convergência com os compromissos assumidos pelo Brasil ao incorporar, com status constitucional, a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009. A Convenção afirma que Estados signatários devem assegurar serviços de saúde acessíveis, humanizados e não discriminatórios, incluindo situações de urgência, com respeito à autonomia e dignidade das pessoas.

O marco normativo municipal da saúde mental em Salvador estrutura-se, primordialmente, a partir do Plano Municipal de Saúde e das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O Plano Municipal de Saúde 2022–2025 consolida princípios alinhados à Lei nº 10.216/2001 e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reconhecendo explicitamente a necessidade de ampliar a rede substitutiva, fortalecer o cuidado territorial e reduzir a dependência do modelo hospitalocêntrico. Apesar de definir metas de expansão de CAPS e aprimoramento da retaguarda de urgência, o próprio documento admite que Salvador opera com déficit histórico de serviços e que a cidade permanece com cobertura insuficiente para demanda

populacional, configurando uma fragilidade institucionalizada no planejamento em saúde mental.

Outro dispositivo relevante é o Decreto Municipal nº 32.326/2021, que regulamenta a organização da assistência em saúde no município e reafirma a responsabilidade da SMS de garantir atendimento integral, equânime e humanizado, incluindo os serviços de urgência psiquiátrica. O decreto estabelece que a gestão municipal deve assegurar fluxos assistenciais integrados e contínuos entre atenção básica, urgência, CAPS e hospitais, reforçando a centralidade da regulação no manejo das crises. Contudo, embora normativamente consistente, a implementação permanece limitada pela carência de equipamentos, conforme demonstrado pelos dados de internação e disponibilidade de leitos.

No campo normativo infralegal, destaca-se a Portaria Municipal SMS nº 1.067/2020, que revisa a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial de Salvador e define a atribuição dos CAPS, dos Centros de Saúde e das Unidades de Pronto Atendimento na recepção, estabilização e encaminhamento de pacientes em crise psiquiátrica. A portaria reconhece a necessidade de atendimento ininterrupto e determina orientações para articulação com o SAMU e com a rede hospitalar estadual. Todavia, ao delimitar funções sem assegurar a existência de leitos adequados, o normativo acaba por evidenciar o descompasso entre o desenho formal e a capacidade real instalada.

A criação do Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP) do 5º Centro de Saúde, inaugurado em 2024, deu origem a normativas complementares como a Instrução Administrativa SMS nº 04/2024, que disciplina seu funcionamento, fluxo de acolhimento e critérios de atendimento. O documento estabelece o PAP como porta especializada de urgência psiquiátrica e refere-se expressamente à necessidade de acolhimento humanizado, internação breve e articulação com o CAPS de referência. Embora represente avanço inegável, a própria instrução reconhece que a unidade é única em seu perfil, reforçando o caráter experimental e ainda insuficiente da estrutura municipal.

Outro marco relevante é o Decreto Municipal nº 30.864/2019, que organiza a rede de urgência e emergência de Salvador, incorporando dispositivos destinados à atenção em crises de saúde mental. O decreto determina que as UPAs devem receber

casos psiquiátricos e realizar estabilização inicial, articulando-se obrigatoriamente com a regulação para acesso a leitos especializados. A norma, contudo, não prevê diferenciação entre UPAs gerais e unidades com capacidade específica para atendimento psiquiátrico, o que contribui para sobrecarga de unidades como a UPA Valéria, atualmente a única com atendimento psiquiátrico estruturado 24 horas.

Por fim, a política municipal é complementada pelo Regulamento Municipal da RAPS de Salvador, aprovado pela Resolução CMS nº 14/2020, que reafirma o compromisso com o cuidado comunitário, a desinstitucionalização e a integralidade do SUS. A resolução destaca que Salvador deve estruturar serviços substitutivos capazes de atender diferentes níveis de complexidade, inclusive crises psiquiátricas. No entanto, ao avaliar o cumprimento dessas diretrizes, observa-se que a cidade permanece dependente de hospitais especializados e de um único pronto-atendimento psiquiátrico, o que configura violação indireta aos princípios de universalidade e equidade e afronta a diretriz constitucional prevista no art. 196 da Constituição Federal.

Entretanto, o que se observa é que a rede de Salvador opera muito aquém do que é previsto por essas normativas. A insuficiência de leitos, a centralização dos serviços emergenciais e a dependência de hospitais especializados demonstram que o cuidado comunitário preconizado pela Lei nº 10.216/2001 ainda não foi plenamente materializado. Assim, a distância entre o marco legal e a estrutura existente evidencia uma ruptura entre o direito formal e o acesso real, transformando garantias legais em promessas não efetivadas e violando diretamente o princípio constitucional da dignidade humana.

No atendimento pré-hospitalar, profissionais do SAMU relatam medo e despreparo para lidar com crises psiquiátricas, o que reforça abordagens centradas na contenção e limita a resolutividade dos casos (Ramos et al., 2021, p. 2). Assim, o total disponível não atende ao volume de transtornos graves e persistentes, nem à concentração histórica de internações, revelando fragilidade territorial e configurando violação concreta ao direito fundamental à saúde mental. A UPA Valéria, única unidade com atendimento psiquiátrico vinte e quatro horas, realiza cerca de trezentos atendimentos mensais e mantém cinco leitos específicos, com equipe multiprofissional e articulação em rede, sendo referência exclusiva para crises emergenciais na capital (S3 Saude, 2023; A Tarde, 2025). Esses dados evidenciam que a cobertura

emergencial permanece restrita e incapaz de acompanhar a complexidade das demandas de Salvador.

No atendimento pré-hospitalar, observa-se outro obstáculo que interfere diretamente na efetividade do cuidado. Profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) relatam sentir medo e despreparo ao conduzir situações de crise psiquiátrica, o que acaba fortalecendo práticas centradas no hospital, com uso recorrente de contenção física ou medicamentosa, em vez de abordagens acolhedoras e psicossociais que deveriam orientar o manejo dessas situações (Ramos et al., 2021, p. 2). Mesmo quando o acionamento ocorre de maneira rápida, a inexistência de protocolos específicos e a escassez de leitos adequados impedem que o atendimento seja resolutivo e respeitoso em relação às necessidades do usuário.

Diante desse cenário, os 23 leitos voltados à emergência psiquiátrica existentes em Salvador revelam-se insuficientes frente à alta prevalência de transtornos mentais graves, à concentração das internações no município e à fragilidade das redes territoriais de cuidado. A insuficiência desses recursos não se limita a um problema administrativo, mas caracteriza uma violação direta do direito fundamental à saúde mental, demonstrando que a promessa da Reforma Psiquiátrica ainda não se concretizou na prática cotidiana da capital baiana.

A UPA Valéria, localizada na Rua do Lavrador, constitui atualmente o único equipamento de pronto atendimento em Salvador com assistência psiquiátrica funcionando 24 horas sem interrupção. Gerida pela Organização Social S3 Gestão em Saúde desde 2020, a unidade realiza aproximadamente 300 acolhimentos mensais em saúde mental, atendendo tanto demandas espontâneas como casos encaminhados pela regulação do SAMU. Sua estrutura inclui cinco leitos de emergência psiquiátrica, além de uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, clínicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, atuando de maneira integrada com a atenção básica, os CAPS e os serviços de proteção social.

O coordenador médico Victor Marchesini destaca que o modelo implementado na UPA Valéria favorece um acolhimento mais qualificado, reduz a quantidade de encaminhamentos inadequados e minimiza respostas repressivas, permitindo maior

estabilização clínica imediata e articulação efetiva com os demais serviços da rede. Até o momento, não há registros de outras UPAs de Salvador que ofereçam atendimento psiquiátrico ininterrupto, o que reforça a singularidade da unidade dentro da política municipal de saúde mental.

A análise da rede de urgência e emergência indica, portanto, que a UPA Valéria ocupa uma posição central na assistência às crises psiquiátricas em Salvador. Sua estrutura especializada contrasta com o restante das UPAs, que operam exclusivamente com atendimento clínico geral e carecem de equipes preparadas para acolher o sofrimento psíquico agudo. Com cinco leitos destinados exclusivamente às emergências psiquiátricas e uma equipe que articula cuidados clínicos, psicológicos e sociais, a unidade funciona como importante porta de entrada para quem vivencia crises, garantindo acesso mais digno e imediato ao cuidado (S3 Saúde, 2023).

Essa singularidade é reafirmada por relatórios institucionais e pela imprensa, que registram que a unidade mantém média de 300 atendimentos psiquiátricos mensais e se consolidou como referência para situações de risco e sofrimento intenso (A Tarde, 2025). Esses dados não apenas revelam o tamanho da demanda reprimida existente em Salvador, mas também evidenciam a fragilidade estrutural do município, já que uma única UPA concentra praticamente todo o atendimento emergencial descentralizado em saúde mental.

A relevância da UPA Valéria ultrapassa o caráter imediato do seu atendimento clínico e revela, de maneira muito concreta, a tentativa de Salvador de materializar o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, previsto tanto na Constituição de 1988 quanto na Lei nº 10.216/2001. Ao oferecer um cuidado territorializado e menos dependente da lógica hospitalocêntrica, a unidade se coloca como experiência inovadora dentro de um cenário historicamente marcado pela centralização da assistência psiquiátrica. No entanto, esse avanço também expõe um problema estrutural profundo, pois a cidade permanece dependente de um único equipamento para responder às crises psíquicas de uma metrópole que ultrapassa 2,8 milhões de habitantes.

Essa concentração acarreta efeitos jurídicos e existenciais significativos. De um lado, fragiliza a universalidade e a equidade do acesso, já que os moradores de regiões distantes enfrentam barreiras geográficas que comprometem o direito ao

atendimento tempestivo. De outro, reforça desigualdades historicamente distribuídas pelo território urbano, transformando um direito fundamental em recurso escasso. Nesse sentido, a UPA Valéria torna-se simultaneamente símbolo de avanço e de insuficiência, pois demonstra a viabilidade de integrar a saúde mental às urgências, mas denuncia a urgência de ampliar esse modelo para outros pontos da cidade, sob pena de a rede permanecer aprisionada por suas próprias limitações.

O sistema de urgência em saúde mental de Salvador evidencia essa dualidade. Embora existam esforços para consolidar o paradigma psicossocial, o número reduzido de dispositivos ainda não consegue responder de forma equitativa às necessidades reais da população. Dentro desse cenário, a UPA Valéria ocupa posição singular, já que é a única unidade com atendimento psiquiátrico 24 horas. O registro institucional é explícito ao afirmar que “a UPA Valéria oferece atendimento psiquiátrico 24 horas em Salvador” (S3 Saúde, 2023, p. 1). A unidade dispõe de cinco leitos emergenciais, equipe multiprofissional formada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, além de estabelecer articulação direta com CAPS e atenção básica. Essa estrutura amplia as possibilidades de acolhimento inicial e representa um afastamento das práticas exclusivamente hospitalares que por décadas dominaram o cuidado psiquiátrico.

A imprensa também evidencia a singularidade dessa unidade. O jornal A Tarde relata que “a UPA de Valéria é a única em Salvador a ofertar atendimento psiquiátrico 24h” (A Tarde, 2025, p. 1) e destaca que a unidade realiza cerca de 300 atendimentos mensais. Em reportagem detalhada, o periódico afirma que “a média mensal de atendimentos é de cerca de 300 pacientes, o que mostra a alta demanda reprimida e a relevância da unidade para a saúde mental da cidade” (A Tarde, 2025, p. 1). Esses dados revelam não apenas a importância do equipamento, mas também a insuficiência estrutural que obriga uma única unidade a responder por toda a demanda descentralizada da capital.

A concentração desse serviço em apenas uma UPA produz efeitos sistêmicos que afetam diretamente o cuidado. A sobrecarga das equipes, os tempos prolongados de espera e a exclusão dos usuários que residem longe da região de Valéria são consequências diretas dessa estrutura limitada. Além disso, essa realidade fragiliza a Rede de Atenção Psicossocial, que deveria ser guiada pela lógica da descentralização e da territorialidade, conforme determina a Lei nº 10.216/2001. O modelo atual, ao

depende de um único equipamento, viola princípios constitucionais como universalidade e equidade e pode ser entendido como violação indireta do direito existencial à saúde mental, já que o acesso em situação de crise não se concretiza de maneira plena.

Diante desse panorama, a UPA Valéria assume relevância peculiar dentro do debate acadêmico. Ela demonstra, de forma prática, que é possível integrar a saúde mental à urgência geral, rompendo com a lógica de encaminhamentos imediatos para hospitais psiquiátricos. No entanto, sua existência também expõe o paradigma da insuficiência que marca as políticas públicas da capital. A experiência de Valéria deveria ser multiplicada, expandida e enraizada em diferentes territórios da cidade para que o cuidado em saúde mental seja, de fato, universal, equitativo e integral.

O acesso aos leitos de emergência psiquiátrica em Salvador também revela um processo marcado pela regulação rígida. A entrada nesses serviços é mediada pelas portas da Rede de Atenção Psicossocial, como CAPS, UPAs e o SAMU. Somente após avaliação clínica e solicitação formalizada é possível encaminhar o usuário a hospitais especializados ou ao Pronto Atendimento Psiquiátrico do 5º Centro de Saúde. Embora essa lógica busque priorizar casos graves, ela expõe a escassez de vagas e transforma o processo regulatório em filtro seletivo. Pesquisa sobre internações psiquiátricas aponta que Salvador concentra quase 40% de todas as internações da Bahia, principalmente em hospitais especializados, o que amplia a pressão sobre os leitos de emergência (Santos; Sena; Aguiar, 2017, p. 377).

Essa realidade torna evidente o abismo entre o direito formal e o acesso real. Embora a Constituição garanta a universalidade da saúde e a Lei nº 10.216/2001 defenda o tratamento em liberdade, o usuário em crise encontra um sistema condicionado pela escassez. Nunes e colaboradores apontam que a rede “só acolhe quem cabe nas vagas escassas” (Nunes et al., 2008, p. 192). Assim, pessoas que não se enquadram nos critérios de gravidade estabelecidos pela regulação são frequentemente devolvidas ao atendimento ambulatorial ou ao CAPS, mesmo em sofrimento intenso.

Essa triagem seletiva carrega implicações éticas profundas. Profissionais do SAMU relatam que, devido à insuficiência de leitos, são chamados repetidas vezes para atender o mesmo usuário em surto, já que “o cuidado se limita à contenção

imediate, sem continuidade terapêutica” (Ramos et al., 2021, p. 2). Isso reforça práticas hospitalocêntricas e limita o cuidado integral.

Diante disso, é possível afirmar que a regulação, embora necessária, transforma-se também em mecanismo de exclusão. A demanda supera a oferta e o resultado é um ciclo de repetição da crise, marcado pelo vai e volta entre UPAs, CAPS e SAMU, sem garantia de continuidade do cuidado. Essa dinâmica expõe o paradigma da insuficiência em sua forma mais contundente e revela que o direito à saúde mental, embora consolidado no plano normativo, sofre barreiras sistemáticas para se efetivar.

Mesmo com essas estruturas, a oferta permanece insuficiente. Os Serviços de Emergência Psiquiátrica ainda enfrentam carência de equipes especializadas e de leitos regulados. Isso gera filas prolongadas, usuários aguardando dias em UPAs sem estrutura adequada e sobrecarga das famílias. Assim, o descompasso entre a legislação vigente, como a Lei nº 10.216/2001, e a prática cotidiana traduz-se em violação direta do direito fundamental à saúde, previsto no art. 196 da Constituição.

Em síntese, Salvador conta com dois hospitais especializados, um PAP recém-inaugurado e uma única UPA com suporte psiquiátrico. Esse conjunto, para uma metrópole de quase 3 milhões de habitantes, é insuficiente e produz uma crise estrutural marcada por uma demanda que excede largamente a oferta. O resultado é a negação concreta do direito existencial à saúde mental, que permanece como promessa normativa ainda distante de ser plenamente materializada.

A legislação brasileira estabelece que a internação psiquiátrica deve ocorrer apenas em situações excepcionais, quando todos os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes para garantir segurança, cuidado e estabilidade. A Lei nº 10.216/2001, fundamento normativo da Reforma Psiquiátrica, determina que o paciente deve ser atendido preferencialmente em dispositivos comunitários, assegurando integralidade, liberdade e reinserção social como dimensões estruturantes do cuidado (Brasil, 2001). No entanto, apesar da clareza desse comando legal, Salvador ainda depende de poucos serviços hospitalares e de emergência, o que compromete a efetivação plena desse princípio e expõe a fragilidade da política municipal de saúde mental.

A criação do Pronto Atendimento Psiquiátrico do 5º Centro de Saúde, nos Barris, representou uma tentativa de ampliar a cobertura e dar respostas mais rápidas

às crises. Ainda assim, o serviço não supre a demanda crescente da capital. A mesma insuficiência se verifica na UPA de Valéria, única unidade municipal com atendimento psiquiátrico ininterrupto, cinco leitos específicos e cerca de trezentos atendimentos mensais. Embora essenciais, esses serviços isolados não conseguem equilibrar a sobrecarga da rede, revelando a fragmentação e a desigualdade que caracterizam a assistência em saúde mental em Salvador.

Estudos recentes mostram que as emergências psiquiátricas são ambientes de elevada complexidade, exigindo protocolos bem definidos, equipes treinadas e integração efetiva entre os diversos pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Entretanto, muitos desses serviços ainda operam sob práticas estigmatizadas, com dificuldades de capacitação e obstáculos no acesso (Furtado et al., 2023, p. 1148). Essa constatação dialoga com a análise de Bellemo et al. (2022, p. 3), para quem os serviços emergenciais assumem papel central na dinâmica da rede, porém sofrem com carência de recursos, ausência de leitos regulados e insuficiência estrutural, o que perpetua um atendimento restritivo e distante dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Sob a perspectiva do direito sanitário, o problema vai além da falta de infraestrutura. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito universal e dever do Estado, assegurado por políticas sociais e econômicas voltadas para acesso igualitário (Brasil, 1988, p. 104). Negar ou retardar o acesso a um leito de emergência psiquiátrica, portanto, não é apenas uma limitação administrativa, mas uma violação ao direito fundamental e existencial à saúde, sobretudo em momentos de crise, quando a vulnerabilidade do sujeito atinge níveis extremos.

Assim, a crise dos leitos psiquiátricos em Salvador revela, de forma contundente, o paradigma da insuficiência. A legislação é avançada, os princípios são claros e as diretrizes técnicas são consistentes, mas a concretização desses direitos esbarra na escassez de serviços, na centralização do cuidado e na ausência de articulação sistêmica. O resultado é uma rede que se apresenta reformada em seu discurso jurídico, mas que mantém, na prática, dinâmicas de exclusão, seletividade e desigualdade.

Nesse contexto, o Hospital Juliano Moreira, situado em Narandiba, ocupa posição histórica na Bahia. Criado no início do século XX, foi por décadas um ícone

da institucionalização manicomial, mas também se tornou um dos espaços onde a transição reformista encontrou resistência e possibilidades de mudança. Atualmente, dispõe de noventa e seis leitos ativos, embora apenas quatro sejam destinados à emergência psiquiátrica, enquanto os demais ficam distribuídos em internações de média e longa permanência, voltadas para quadros intensificados ou resistentes ao tratamento ambulatorial (Bahia Notícias, 2023).

Entretanto, pesquisas indicam que, mesmo após décadas de Reforma Psiquiátrica, o modelo biomédico ainda predomina em boa parte das práticas do hospital. Fernandes e Freitas (2009, p. 99) observaram que sessenta e três por cento dos usuários acompanhados permaneciam restritos a consultas psiquiátricas ambulatoriais, sem acesso a um cuidado integral, evidenciando os limites estruturais e conceituais da instituição. Apesar dos esforços multiprofissionais, o hospital continua sobrecarregado, operando no limiar entre avanços e permanências do paradigma asilar.

O Hospital Especializado Mário Leal, no bairro do IAPI, também integra o conjunto de unidades estaduais responsáveis pela estabilização de crises. Possui cerca de trinta leitos, dos quais oito são voltados exclusivamente para emergências. Sua função principal é acolher internações de curta e média duração em situações de descompensação aguda. Assim como o Juliano Moreira, contudo, o Mário Leal enfrenta a insuficiência crônica de vagas, o que gera longas esperas, disputas por regulação e situações em que usuários permanecem dias em UPAs aguardando disponibilidade.

A dinâmica desses dois hospitais demonstra que, apesar de a Lei nº 10.216/2001 estabelecer que as internações devem ser utilizadas apenas em condições extremas, a cidade continua dependente de estruturas hospitalares especializadas. A rede comunitária, composta por CAPS e outros dispositivos territoriais, não consegue absorver todas as crises, levando à sobrecarga das unidades hospitalares. Como observam Nunes et al. (2008, p. 190), o processo de desospitalização iniciado na década de 1990 avançou, mas permanece insuficiente para a dimensão da demanda atual, especialmente em centros urbanos complexos como Salvador.

Assim, tanto o Hospital Juliano Moreira quanto o Mário Leal cumprem funções essenciais na estabilização de crises, mas sua atuação ocorre sob intensa pressão estrutural. A insuficiência de leitos e a demanda excessiva transformam essas instituições em pontos de estrangulamento da rede. O resultado é um cenário em que o discurso jurídico e normativo da Reforma Psiquiátrica afirma um modelo territorializado, comunitário e baseado na liberdade, enquanto a prática cotidiana ainda reproduz lógica restritiva, desigual e excludente.

A análise da rede de urgência e emergência psiquiátrica em Salvador evidencia, de maneira contundente, o paradigma da insuficiência estrutural que atravessa a política municipal de saúde mental. Embora a capital concentre quase quarenta por cento das internações psiquiátricas de todo o estado da Bahia (Santos; Sena; Aguiar, 2017, p. 377), conta apenas com quarenta e oito leitos destinados à emergência psiquiátrica, distribuídos entre dois hospitais especializados, o Pronto Atendimento Psiquiátrico do 5º Centro de Saúde e a UPA Valéria. Essa relação, que equivale a aproximadamente um leito para cada cinquenta e oito mil habitantes, evidencia um desequilíbrio gritante entre a demanda real e a estrutura disponível para acolher pessoas em crise.

O funcionamento dos hospitais Juliano Moreira e Mário Leal demonstra que, apesar de esforços pontuais para incorporar diretrizes psicossociais, ambas as unidades permanecem atreladas a uma lógica hospitalocêntrica que sobrecarrega o sistema e restringe o cuidado integral (Fernandes; Freitas, 2009, p. 99). O PAP dos Barris e a UPA Valéria, embora representem experiências relevantes no cenário local, revelam também a fragilidade de uma rede que depende de poucos serviços com perfis muito específicos: o PAP como o primeiro pronto-atendimento psiquiátrico da capital e a UPA Valéria como a única unidade com atendimento psiquiátrico vinte e quatro horas. A consequência é uma rede centralizada, dependente de regulação rígida e incapaz de absorver o volume crescente de pessoas em sofrimento mental.

Do ponto de vista jurídico, esse quadro viola frontalmente o artigo 196 da Constituição Federal, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas que assegurem acesso universal e igualitário (Brasil, 1988, p. 104). Soma-se a isso o desafio à Lei nº 10.216/2001, que determina que o cuidado deve ocorrer prioritariamente em serviços comunitários e dentro do território, deixando a internação como medida excepcional (Brasil, 2001).

Em Salvador, porém, a insuficiência de leitos, serviços e dispositivos territoriais acaba convertendo a exceção em regra, gerando internações compulsórias ou, ainda pior, desassistência prolongada.

O resultado é um ciclo de exclusão e iniquidade. Usuários que não conseguem acesso aos poucos leitos disponíveis são acolhidos superficialmente em UPAs gerais ou redirecionados aos CAPS, sem garantia de continuidade terapêutica. Esse cenário reproduz o processo descrito por Bellemo et al. (2022, p. 3), segundo o qual os serviços emergenciais ganham centralidade na rede, mas essa centralidade é atravessada por falta crônica de recursos e por um estigma que perpassa o atendimento psiquiátrico de urgência.

Dessa forma, Salvador revela um hiato profundo entre a promessa normativa e sua efetivação concreta. A cidade dispõe de um arcabouço jurídico expressivo, Constituição de 1988, Lei da Reforma Psiquiátrica e diretrizes da RAPS, mas falha sistematicamente em transformar esses dispositivos em políticas públicas estruturadas e capazes de responder à demanda populacional. A insuficiência de leitos e serviços de emergência psiquiátrica configura, assim, não apenas uma deficiência administrativa, mas uma violação direta ao direito existencial à saúde mental, que se materializa na vida, na dignidade e na cidadania das pessoas em sofrimento.

Diante desse cenário, torna-se evidente que superar a crise exige mais do que inaugurações pontuais. É indispensável ampliar a rede de CAPS, descentralizar os serviços emergenciais, qualificar de forma contínua as equipes multiprofissionais e implementar protocolos específicos para o manejo das crises psiquiátricas. Apenas com esse conjunto articulado de medidas será possível garantir a integralidade do SUS e transformar o que hoje é apenas previsão constitucional em realidade concreta para a população soteropolitana.

Essa desproporção entre alta demanda e oferta limitada escancara o déficit estrutural. Pesquisas confirmam que Salvador concentra grande parte das internações psiquiátricas do estado, mas sua rede de urgência permanece reduzida e mal distribuída (Santos; Sena; Aguiar, 2017, p. 377). A consequência é a sobrecarga dos hospitais especializados, somada à dependência de um processo de regulação rígido que limita o acesso às poucas vagas existentes.

Além disso, estudos apontam que os serviços emergenciais em saúde mental no Brasil enfrentam lacunas importantes, como ausência de protocolos específicos, escassez de leitos regulados e pouca capacitação das equipes, o que acaba reproduzindo práticas centradas na contenção e na medicalização (Furtado et al., 2023, p. 1148; Bellemo et al., 2022, p. 3). Em Salvador, esses problemas se tornam mais graves devido à concentração dos serviços em poucos equipamentos, que, embora tenham avançado, não acompanham a complexidade da demanda da capital.

Essa insuficiência afronta diretamente o artigo 196 da Constituição e a Lei nº 10.216/2001, que asseguram ao paciente o direito ao melhor cuidado oferecido pela rede pública, conforme suas necessidades (Brasil, 2001). Se a pessoa em crise não encontra um leito disponível, o Estado descumpra seu dever constitucional, reduzindo um direito fundamental a mera retórica legislativa (Silva, 2008, p. 6).

Do ponto de vista existencial, a falta de leitos aprofunda vulnerabilidades. Pessoas em surto, risco suicida ou sofrimento agudo são obrigadas a circular entre UPAs, CAPS superlotados e serviços sem estrutura, enquanto famílias carregam sozinhas um cuidado que deveria ser garantido pelo Estado. Essa lógica reforça o estigma e perpetua ciclos de exclusão social e precarização do cuidado.

Assim, a distância entre legislação e realidade permanece evidente. O conjunto normativo que deveria orientar a política de saúde mental, Constituição Federal, Lei nº 10.216/2001 e diretrizes da RAPS, não se materializa na prática cotidiana. A insuficiência de leitos é, portanto, mais do que um obstáculo de gestão: é uma violação ao direito fundamental à saúde e ao direito existencial à dignidade humana.

Superar essa crise exige medidas estruturais: expansão e descentralização dos serviços emergenciais, fortalecimento da rede de CAPS, formação continuada das equipes e adoção de protocolos específicos para o atendimento de crise. Somente assim os princípios da universalidade e da integralidade do SUS poderão ser efetivados e a promessa constitucional de cuidado será finalmente cumprida para todos os cidadãos de Salvador.

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises desenvolvidas ao longo desta monografia permitem afirmar, com base no conjunto de evidências normativas, documentais e empíricas examinadas, que o acesso ao cuidado em crise psiquiátrica em Salvador permanece profundamente marcado por um labirinto institucional que se reproduz tanto na estrutura física quanto no imaginário das políticas públicas. O Estado reconhece em sua legislação a centralidade da saúde mental como direito fundamental e existencial, porém sua materialização segue condicionada por um sistema fragmentado, com baixa densidade de dispositivos territoriais em funcionamento contínuo e carência de leitos de urgência, emergência e internamento em hospitais gerais. As lacunas identificadas não são pontuais; elas revelam a persistência de um desenho que contraria os princípios constitucionais de dignidade, equidade e integralidade e que desconsidera o comando expresso no artigo 196 da Constituição Federal, segundo o qual o Estado deve desenvolver ações e serviços aptos à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nesse cenário, a hipótese adotada nesta pesquisa, construída a partir da insuficiência estrutural combinada à precariedade dos fluxos assistenciais e à descontinuidade do cuidado, confirma-se como realidade concreta e multifacetada. Quando se examinam os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, percebe-se que a rede de Salvador não alcança a capacidade mínima necessária para garantir atenção em tempo integral dentro de um modelo psicossocial. A ausência de Centros de Atenção Psicossocial do tipo III em número suficiente, a fragilidade dos CAPSad III e a inexistência, em alguns territórios, de retaguardas comunitárias efetivas produzem sobrecarga das Unidades de Pronto Atendimento, expondo usuários a espera prolongada e a intervenções exclusivamente farmacológicas, frequentemente descontextualizadas de suas realidades sociais e subjetivas. Esses fatores comprometem a efetividade dos direitos fundamentais, pois transformam a crise em evento de desassistência, violando a dignidade humana e reduzindo o sujeito em sofrimento a objeto de gestão burocrática.

As investigações também demonstraram que a insuficiência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais não se resume a um problema de ordem logística.

Trata-se de uma falha estrutural que rompe a linha de cuidado prevista pela Reforma Psiquiátrica e pela Rede de Atenção Psicossocial. A internação breve em hospital geral, concebida como intervenção terapêutica integrada ao território, torna-se inacessível para grande parcela da população. Como consequência, a continuidade do cuidado é fragilizada, o retorno pactuado ao CAPS fica comprometido e a alta deixa de ocorrer dentro dos parâmetros da integralidade. A não observância desse fluxo aproxima Salvador de práticas remanescentes do modelo hospitalocêntrico, mesmo que sem o aparato formal dos antigos manicômios, o que configura retrocesso no campo dos direitos humanos e fundamentais.

Outro ponto crucial revelado pela pesquisa refere-se ao papel das decisões políticas e administrativas como determinantes da expansão ou retração da rede de saúde mental. A revisão dos documentos institucionais demonstra que mudanças legais, portarias estaduais e reorganizações orçamentárias podem acelerar ou interromper processos de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial. A insuficiência de serviços, portanto, não encontra explicação exclusiva na pressão assistencial crescente, mas decorre também de escolhas governamentais que priorizaram investimentos desarticulados das necessidades territoriais. A análise crítico-dialética utilizada neste estudo permitiu identificar como decisões aparentemente técnicas carregam orientações ideológicas capazes de repercutir de modo direto sobre a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Além disso, a pesquisa evidencia que a desigualdade estrutural e o estigma funcionam como dispositivos profundos de exclusão dentro da rede. As categorias de elegibilidade utilizadas por profissionais e gestores, sejam explícitas ou implícitas, determinam quem é acolhido de modo prioritário, quem aguarda atendimento por longos períodos e quem é encaminhado para serviços inadequados às demandas da crise psiquiátrica. Essa constatação confirma as observações de Costa e Lotta de que a implementação das políticas públicas é permeada por disputas, pré-concepções e interpretações que podem ampliar ou restringir direitos. No contexto de Salvador, esse fenômeno atinge com maior intensidade populações vulnerabilizadas, como pessoas negras, em situação de rua, pobres ou com histórico de uso de substâncias, reforçando o caráter seletivo e discriminatório da política pública.

As considerações finais desta monografia reafirmam que a democratização do cuidado em situação de crise requer mais do que ajustes normativos. Ela demanda

uma profunda transformação cultural, o enfrentamento assertivo do estigma e a construção de práticas institucionais baseadas na subjetividade, autonomia e singularidade dos usuários. A Reforma Psiquiátrica, conforme argumenta Lamenha, deve ser compreendida como projeto civilizatório, dependente da capacidade do Estado de integrar políticas públicas, territórios e sujeitos concretos. Em Salvador, observa-se a coexistência de avanços normativos e retrocessos práticos que produzem uma experiência ambígua de cidadania, uma vez que a rotina assistencial ainda se distancia do ideal de cuidado em liberdade e integralidade.

Diante desse panorama, uma das contribuições centrais desta pesquisa foi a articulação entre o marco jurídico, os achados documentais e a crítica sociopolítica do campo da saúde mental. Os objetivos específicos foram alcançados ao sistematizar o arcabouço normativo, mapear a rede, avaliar a aderência aos princípios da Reforma Psiquiátrica, relacionar os achados ao debate sobre estigma e propor recomendações concretas. Esse conjunto analítico evidenciou que a insuficiência do atendimento de urgência e emergência não é simples falha técnica ou administrativa. Ela representa violação substancial de direitos fundamentais, pois impede que pessoas em sofrimento sejam cuidadas de forma tempestiva, digna e integral.

O estudo conclui que enfrentar o labirinto do acesso em Salvador exige uma agenda pública consistente, baseada em equidade, participação social, planejamento territorial e compromisso rigoroso com os direitos humanos. A expansão de CAPS III e CAPSad III, a implantação de leitos em hospitais gerais, a criação de fluxos intersetoriais claros, a integração com o SAMU, a formação continuada das equipes e o monitoramento transparente dos indicadores configuram medidas indispensáveis para transformar direitos em realidade cotidiana. A democracia, enquanto projeto ético de defesa da vida, somente se realiza de modo pleno quando o Estado reconhece que a saúde mental, especialmente em situações de crise, constitui espaço de afirmação da humanidade e da cidadania. Enquanto a urgência psiquiátrica for tratada como imprevisto, exceção ou problema marginal, Salvador continuará encerrada no labirinto. Quando o cuidado em crise se tornar prioridade efetiva, a cidade poderá enfim transformar o labirinto em caminho e o sofrimento em possibilidade concreta de vida digna.

A continuidade da análise evidencia que a insuficiência estrutural da rede de saúde mental de Salvador não pode ser entendida de forma isolada, pois ela se insere

em um cenário nacional de subfinanciamento histórico do SUS e de descontinuidade nas políticas de saúde mental, especialmente após 2016. Estudos recentes demonstram que o desmonte progressivo da Rede de Atenção Psicossocial no país repercute de forma mais intensa nos grandes centros urbanos, onde a demanda é volumosa e heterogênea. Salvador, cidade marcada por profundas desigualdades territoriais, vive de maneira concentrada os efeitos dessa retração, que se traduz na lentidão da habilitação de novos CAPS III, na precarização de equipes e na ausência de investimentos consistentes em dispositivos substitutivos que garantam acolhimento contínuo. Esse processo político-institucional é decisivo para compreender por que o acesso à urgência psiquiátrica assume características labirínticas e frequentemente violadoras de direitos.

Outro ponto que emerge do aprofundamento é a fragilidade da articulação intersetorial, elemento essencial para o manejo adequado da crise psíquica. A literatura indica que a crise nunca é apenas biomédica, mas sempre atravessada por fatores sociais, econômicos, culturais e afetivos. No entanto, em Salvador, observa-se que os serviços de saúde frequentemente operam como estruturas isoladas, sem integração orgânica com a assistência social, a política de drogas, a rede de proteção de pessoas em situação de rua, os serviços de segurança pública e o sistema de justiça. Essa desarticulação produz encaminhamentos inadequados, sobreposição de esforços e, sobretudo, desresponsabilização institucional, gerando o percurso errante que tantos usuários vivenciam. Um cuidado fundamentado na integralidade exige que o Estado reconheça e opere a complexidade da vida, superando práticas setoriais fragmentadas.

A baixa coordenação entre os níveis de atenção também se reflete na ineficácia dos fluxos de referência e contrarreferência, que deveriam assegurar o retorno pactuado ao território após a estabilização da crise. A ausência de protocolos claros, a competição por vagas e a falta de comunicação entre equipes provocam rupturas na linha de cuidado que comprometem a continuidade terapêutica e violam o princípio da integralidade. Nos casos mais graves, usuários recebem alta sem acompanhamento posterior, o que aumenta a probabilidade de reagravamento, reincidência de crises e reinternações sucessivas. Essa descontinuidade representa não apenas falha de gestão, mas decadência do pacto social que sustenta o Sistema Único de Saúde como política pública universal, equitativa e integral.

Também merece aprofundamento o papel do sofrimento psíquico enquanto questão de justiça social. A sociedade sotropolitana, atravessada por desigualdades raciais, econômicas e territoriais, produz experiências desiguais de sofrimento e de acesso ao cuidado.

Conforme afirma Werneck em sua análise sobre racismo institucional na saúde, os territórios periféricos habitados majoritariamente por população negra concentram desigualdades estruturais que se manifestam em maior exposição à violência urbana, ao desemprego e à precariedade habitacional, fatores diretamente associados ao adoecimento mental (WERNECK, 2016, p. 42). A autora destaca que o racismo opera como determinante social de saúde, produzindo riscos acumulados e diminuindo o acesso a recursos protetivos. Nesse sentido, a territorialidade racializada não apenas molda a distribuição da violência, mas também define a vulnerabilidade psíquica, pois os ambientes desassistidos constituem cenários permanentes de estresse crônico e insegurança.

Carneiro argumenta que a segregação urbana brasileira, historicamente construída pela lógica colonial e pela manutenção de privilégios de classe e raça, gera um desenho territorial que converte bairros periféricos em espaços de risco psicossocial (CARNEIRO, 2005, p. 78). Segundo a autora, a desigualdade, quando territorializada, opera como uma estrutura de opressão que compromete a autonomia dos sujeitos e eleva a incidência de sofrimento mental, especialmente entre jovens negros expostos a rotinas de violência letal, moradias instáveis e ausência de equipamentos públicos. Tal conjuntura revela que o adoecimento não resulta apenas de fatores individuais, mas de uma arquitetura social que produz vulnerabilidade.

Yasui, ao discutir os limites da Reforma Psiquiátrica, observa que os territórios de maior vulnerabilidade social são paradoxalmente aqueles menos cobertos pela Rede de Atenção Psicossocial, aprofundando desigualdades históricas e reproduzindo a lógica da exclusão no cuidado em saúde mental (YASUI, 2010, p. 113). O autor destaca que a ausência de CAPS, serviços de urgência e dispositivos comunitários nas periferias inviabiliza o princípio do cuidado territorial, um dos pilares da reforma. Isso resulta em um cenário em que populações mais expostas ao sofrimento psíquico grave são justamente as que menos acessam cuidado continuado e humanizado, perpetuando ciclos de crise, internação e desassistência.

Segundo Santos, ao analisar a relação entre violência urbana e saúde mental, existe forte correlação entre a exposição cotidiana a homicídios, ameaças armadas e conflitos territoriais e o aumento de transtornos ansiosos, depressivos e psicóticos em populações de baixa renda (SANTOS, 2019, p. 201). O autor enfatiza que a violência opera como gatilho e mantenedor do sofrimento psíquico, sobretudo quando somada a outros determinantes como desemprego, racismo e ausência de políticas sociais. Assim, a periferia se configura não apenas como lugar geográfico, mas como categoria sociopolítica que concentra riscos e limita acessos, o que explica a distribuição desigual do adoecimento mental.

Por fim, como aponta Lima ao discutir desigualdades no acesso à saúde mental, quando o poder público não reconhece a sobreposição entre raça, território e vulnerabilidade, acaba por reproduzir padrões de exclusão institucional (LIMA, 2020, p. 59). Para o autor, a ausência de estratégias específicas para territórios periféricos invisibiliza demandas reais e transforma o direito à saúde mental em privilégio espacial. A insuficiência de cobertura da RAPS nesses territórios não apenas limita o acesso, mas também configura violação indireta do princípio da equidade previsto na Constituição Federal, uma vez que aqueles que mais necessitam de cuidado são os que menos o recebem.

Além disso, a análise crítica revela que a permanência da lógica biomédica na porta de entrada continua sendo um dos maiores entraves à efetivação da Reforma Psiquiátrica. Em diversas unidades, a crise psíquica é tratada prioritariamente como urgência clínica, deslocando para o campo médico aquilo que é, na essência, atravessado pela subjetividade, pela história social e pela vulnerabilidade. Essa captura biomédica reduz a pessoa ao sintoma e naturaliza o uso excessivo de sedativos, a contenção mecânica e intervenções autoritárias. A prática revela que o direito à subjetividade, previsto na Lei nº 10.216/2001, muitas vezes é substituído por soluções rápidas e pouco humanizadas, o que esvazia o potencial terapêutico da crise. Superar essa lógica exige investimentos em formação contínua das equipes, mudança institucional de cultura e revisão crítica dos protocolos assistenciais.

Outro aspecto que precisa ser destacado é o papel do controle social na reconstrução da política de saúde mental em Salvador. A democracia substancial pressupõe participação ativa dos cidadãos na formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas. No entanto, observa-se que conselhos, conferências e espaços de

deliberação têm operado de maneira fragilizada, seja pela ausência de recursos, pela baixa representatividade ou pela limitação da autonomia frente ao poder executivo. Sem controle social robusto, a política pública se torna opaca e vulnerável a retrocessos. Fortalecer a participação social é condição para evitar práticas autoritárias, garantir transparência no uso dos recursos, denunciar violações e pressionar o Estado pela ampliação da Rede de Atenção Psicossocial.

Ao refletir sobre o conjunto dos achados desta pesquisa, torna-se evidente que a superação do labirinto de acesso depende de um compromisso político que reconheça a saúde mental como campo estratégico de proteção da vida humana. Políticas públicas não são instrumentos neutros, mas expressões de escolhas éticas, morais e civilizatórias. A cidade de Salvador precisa decidir se seguirá reproduzindo desigualdades históricas, negligenciando o sofrimento psíquico como questão de saúde e cidadania, ou se pretende construir uma política pública que valorize a dignidade humana, a liberdade e a integralidade como eixos em torno dos quais a vida é protegida. Essa escolha definirá o futuro da saúde mental no município.

Por fim, encaminhar esta monografia ao seu término significa reafirmar que a defesa do cuidado em liberdade, da dignidade humana e da integralidade não é apenas bandeira histórica da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um compromisso ético com o futuro, uma escolha política que coloca a vida, em toda sua complexidade e vulnerabilidade, no centro da atuação estatal. A crise psiquiátrica não pode continuar sendo experimentada como silêncio institucional, como improviso ou como abandono. Ela precisa ser reconhecida como urgência humana, social e democrática. E enquanto essa urgência não for enfrentada com a seriedade, o investimento e o cuidado que requer, Salvador continuará transitando pelos corredores estreitos de um labirinto que insiste em se perpetuar.

Encerrar esta pesquisa é, portanto, afirmar que um outro caminho é possível e necessário. Um caminho que reforce a RAPS, que valorize o território, que escute a voz dos usuários, que enfrente o estigma, que coloque os direitos fundamentais no centro das decisões e que transforme a crise em oportunidade de cuidado e cidadania. Que este estudo possa contribuir, ainda que simbolicamente, para iluminar esse percurso e sustentar a luta por uma Salvador que não apenas reconheça, mas garanta, na prática, que toda vida merece cuidado, dignidade e liberdade.

A síntese dos achados confirma que a insuficiência estrutural da saúde mental de urgência e emergência em Salvador não é fruto de desorganização isolada, mas de um arranjo institucional que ainda não incorporou plenamente os princípios da Reforma Psiquiátrica e da dignidade humana como eixo orientador das decisões públicas. A soma de dispositivos territoriais frágeis, fluxos descontínuos e estigma estrutural impede que o cuidado aconteça em tempo oportuno e com respeito à singularidade de cada sujeito. Esse conjunto de fatores revela que a crise psiquiátrica permanece tratada como exceção e não como expressão legítima de um direito fundamental à saúde.

Assim, o estudo conclui que enfrentar o labirinto do acesso exige compromisso político, investimento e, sobretudo, coragem institucional para transformar normas em práticas concretas de justiça social. A efetividade do cuidado em crise não depende apenas de ampliar serviços, mas de consolidar uma cultura democrática que reconheça o sofrimento psíquico como questão pública e existencial. Somente quando Salvador alinhar sua rede à dignidade humana que fundamenta o SUS será possível garantir que toda crise seja acolhida com humanidade, integralidade e liberdade.

O encerramento da análise permite sustentar que a saúde mental, compreendida como direito fundamental e direito existencial, constitui parâmetro decisivo para aferição da densidade democrática e da efetividade do Estado de Direito. A dignidade da pessoa humana, a igualdade material e a participação social, longe de configurarem princípios abstratos, impõem deveres jurídicos concretos ao poder público, especialmente no manejo do sofrimento psíquico em situação de crise. A omissão ou precariedade da resposta estatal revela fragilização do pacto constitucional e esvaziamento da cidadania substantiva, em afronta direta aos comandos da Constituição de 1988 (*Wenczenovicz; Silva, 2021, p. 104; Brasil, 1988, p. 1; p. 196*).

O exame do arcabouço normativo formado pela Constituição Federal, pela Lei nº 8.080/1990 e pela Lei nº 10.216/2001 evidencia a existência de uma arquitetura jurídica integrada, orientada à universalidade, integralidade, equidade e cuidado em liberdade. Esses diplomas conformam um sistema que vincula planejamento, financiamento, regionalização e participação social à garantia efetiva do direito à saúde mental, inclusive no contexto da urgência e emergência psiquiátrica. Trata-se de um projeto normativo de caráter civilizatório, que desloca o cuidado do paradigma

do enclausuramento para a centralidade do sujeito, da autonomia e do território (*Amarante, 2007, p. 15; Brasil, 1990, p. 7; Brasil, 2001, p. 1*).

A realidade empírica da rede de saúde mental de Salvador, contudo, revela um distanciamento significativo entre o desenho normativo e a prática institucional. A insuficiência de CAPS III, a fragilidade dos CAPSad III e a escassez de leitos psiquiátricos em hospitais gerais produzem fluxos fragmentados, medicalização isolada e rupturas na continuidade do cuidado, aproximando a política pública de formas contemporâneas de reinstitucionalização. Tal cenário compromete o princípio da integralidade e reproduz práticas incompatíveis com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica, convertendo a crise em experiência recorrente de desassistência e violação de direitos (*Finco; Pitta, 2011, p. 149; Fernandes, 2018, p. 67; Brasil, 1990, p. 9*).

Dessa forma, conclui-se que o enfrentamento do labirinto do acesso à saúde mental de emergência em Salvador não demanda a criação de novos marcos legais, mas a efetivação rigorosa dos instrumentos já existentes. A consolidação de uma rede regionalizada, intersetorial e territorialmente orientada, aliada ao financiamento adequado, ao controle social e à formação contínua das equipes, constitui condição indispensável para transformar direitos em práticas concretas de cuidado em liberdade. A forma como a crise psiquiátrica é acolhida permanece como indicador sensível da maturidade democrática local, pois somente quando o sofrimento psíquico for tratado como prioridade pública estruturante será possível afirmar a realização plena da dignidade humana (*Mattietto, 2023, p. 13; Santos, 2022, p. 5*).

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. *Desafios da regionalização da política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2023.

A TARDE. *UPA de Valéria faz atendimento psiquiátrico 24h; saiba detalhes*. Salvador, 23 maio 2025. Disponível em: <https://atarde.com.br/saude/upa-de-valeria-faz-atendimento-psiquiatrico-24h-saiba-detalhes-1318753>. Acesso em: 27 ago. 2025.

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Brasília: ABP, 2020.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Relatório em saúde da Bahia*. Salvador: SESAB, 2024. 121 p.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELLEMO, Ana Isabel Sobral; et al. Conhecendo os serviços das emergências psiquiátricas: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 8, p. 1-12, 2022.

BONAVIDES, Paulo. *Ciência Política*. São Paulo: Malheiros, 2010.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012*. Dispõe sobre incentivos financeiros para qualificação e expansão da RAPS. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Define diretrizes para criação e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as diretrizes da RAPS. Brasília: MS, 2017.

CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, 2000.

CARNEIRO, Sueli. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. São Paulo: Selo Negro, 2005.

CASAGRANDE, Kíssila de Oliveira. Dos loucos entre nós: a Lei Antimanicomial e a efetivação dos direitos humanos. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 18, 2025.

CORREIO. *Novo Pronto Atendimento Psiquiátrico é inaugurado no 5º Centro de Saúde*. Salvador, 15 maio 2024. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/minha-bahia/novo-pronto-atendimento-psiquiatrico-e-inaugurado-no-5-centro-de-saude-0524>. Acesso em: 27 ago. 2025.

COSTA, Bruna G.; LOTTA, Gabriela S. Categorias de elegibilidade e implementação de políticas públicas: disputas, efeitos e produção de desigualdades. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, p. 3466-3475, 2021.

COUTO, Mônica; ALBERTI, Sônia. Psicossocialidade e cuidado em liberdade: desafios da Reforma Psiquiátrica. *Revista Saúde Mental e Sociedade*, v. 4, n. 1, p. 45-50, 2008.

DE PAULA, Alfredo Henrique Corrêa. *Educação para a Democracia a partir da obra de Edgar Morin*. Goiânia: Cegraf UFG, 2024.

FERNANDES, Andréa Hortélio; FREITAS, Luana Alvarez. Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador – Bahia. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 11, n. 1, p. 97-109, 2009.

FERNANDES, Cristofthe Jonath. *Reforma Psiquiátrica (im)possível? Estudo documental e analítico (2008 a 2017)*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

FINCO, Daniela; PITTA, Ana Maria. Reforma Psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Revista Psicologia e Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 149-161, 2011.

FINCO, Matteo; MARTINI, Sandra Regina. Saúde como direito humano: elementos de comparação entre Itália e Brasil a partir da teoria dos sistemas sociais. In: FONSECA, Gabriel Ferreira da; ALVES, João Vitor de Souza (org.). *Direitos sociais e interdisciplinaridade*. [S.l.]: [s.n.], 2021, p. 150–185.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973–1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FURTADO, Wendrel Gonçalves; et al. Atendimento psiquiátrico em serviços de emergência. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 5, p. 1147-1155, 2023.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HABERMAS, Jürgen. *Teoria e Prática*. São Paulo: Unesp, 2021.

LAMENHA, Karoline do Carmo Ramos. *Saúde mental e desinstitucionalização: um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.

LIMA, Jaqueline. *Desigualdades raciais e acesso à saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

MARTINIANO, Felipe Santos de Teixeira; et al. Abordagem multidisciplinar no atendimento de surtos psiquiátricos em ambientes de urgência e emergência: uma revisão de literatura. *Revista Aracê*, v. 6, n. 2, p. 3767-3776, 2024.

MATTIETTO, Leonardo. Igualdade substancial, políticas públicas e democracia: para além do direito à igualdade formal. *Revista de Teorias da Democracia e Direitos Políticos*, v. 9, n. 1, p. 1-16, 2023.

NUNES, Mauro Oliveira; TORRENTÉ, Mário. A política de saúde mental na Bahia: desafios da atenção psicossocial e das emergências psiquiátricas. *Revista Políticas e Trabalho*, n. 47, p. 4488-4502, 2018.

NUNES, Mônica; et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008.

OLIVEIRA, Alda Venusia Alves de. *Os (des)caminhos da Reforma Psiquiátrica: análise da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2022*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

OLIVEIRA, Gabriela Borelli; et al. Protocolos de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas nos diferentes níveis assistenciais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 12, p. 1-12, 2024.

ONU. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Nova York: Organização das Nações Unidas, 2006.

ONU. *Princípios para a proteção de pessoas com transtornos mentais e a melhoria da assistência em saúde mental*. Nova York: Organização das Nações Unidas, 1991.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Declaração de Caracas*. Caracas: OPAS, 1990.

PERES, Giovanna; et al. Vinte anos da Lei 10.216/2001: disputas, contradições e desafios da política de saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 46, n. esp., p. 1-12, 2022.

RAMOS, Tatiane dos Santos Souza; et al. Percepção de profissionais do atendimento pré-hospitalar na assistência à crise em psiquiatria. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11, p. 1-10, 2021.

S3 SAÚDE. *UPA Valéria oferece atendimento psiquiátrico 24h em Salvador*. Salvador, 2023. Disponível em: <https://s3saude.org.br/upa-valeria-oferece-atendimento-psiquiatrico-24h-em-salvador/>. Acesso em: 27 ago. 2025.

SANTOS, André. *Violência urbana e sofrimento psíquico nas periferias brasileiras*. Salvador: EDUFBA, 2019

SANTOS, Marcelo. Vinte anos da Lei da Reforma Psiquiátrica: balanço e desafios contemporâneos. *Revista de Saúde Mental*, v. 14, n. 2, p. 5-12, 2022.

SANTOS, Raphael Silva; SENA, Eduardo Pondé de; AGUIAR, Wania Marcia. Perfil de internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 16, n. 3, p. 374-379, 2017.

SALVADOR. Decreto Municipal nº 30.864, de 13 de maio de 2019. Estrutura a Rede de Urgência e Emergência.

SALVADOR. Decreto Municipal nº 32.326, de 29 de dezembro de 2021. Reorganiza a assistência à saúde no município.

SALVADOR. Portaria SMS nº 1.067, de 2020. Estabelece diretrizes para a RAPS municipal.

SALVADOR. Instrução Administrativa SMS nº 04/2024. Regulamenta o Pronto Atendimento Psiquiátrico dos Barris.

SALVADOR. Resolução CMS nº 14/2020. Regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial de Salvador.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2024*. Salvador: SMS, 2025. 168 p.

SALVADOR. Plano Municipal de Saúde 2022–2025. Secretaria Municipal de Saúde.

SILVA, Leny Pereira da. *O direito à saúde: entre a reserva do possível e o mínimo existencial*. Brasília: Instituto Brasiliense de Direito Público, 2008.

WENCZENOVICZ, Thaís Janaina; SILVA, Veronice Camargo da. *Direitos Fundamentais e Democracia*. Curitiba: Ijuris, 2021.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 37–49, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization, 2022.

YASUI, Silvio. *A reforma psiquiátrica e a clínica ampliada na atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2010.