



POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS URBANOS MACAPAENSES

Giselly Marília Thalez Pantoja ¹
Rosemary Ferreira de Andrade ²
Jovenildo Cardoso Rodrigues ³

RESUMO

O debate em torno das condições de saúde mental tem se tornado mais visível nas últimas décadas, nesse cenário quase um bilhão de pessoas no mundo vivem com algum transtorno mental diagnosticável e a maioria destas pessoas não possuem acesso adequado aos serviços de saúde. Por sua vez, os sistemas e serviços de saúde mental continuam mal equipados para satisfazer a necessidade das pessoas, ao mesmo tempo em que a saúde mental é considerada um direito humano básico. No Brasil, para minimizar os danos causados pelos transtornos mentais nessas populações criam-se e aplicam-se políticas públicas em saúde mental nos mais variados territórios do país, como na cidade de Macapá no estado do Amapá, objeto desta pesquisa. O escopo principal deste trabalho é compreender como as políticas públicas de saúde mental estão sendo desenvolvidas na cidade de Macapá face a elevação das demandas pelo respectivo serviço de saúde psíquica na capital amapaense. Para o alcance de tal objetivo utilizou-se como metodologia uma pesquisa bibliográfica, com uma análise teórica e documental atrelado a um estudo ecológico epidemiológico de base territorial, que analisou características do território urbano macapaense e as políticas públicas em saúde mental desenvolvidas nas últimas décadas. Dentre os resultados destacam-se: o crescimento acelerado da população não acompanhado de infraestrutura urbana adequada; aumento das taxas de óbitos por suicídios na última década; e políticas públicas em saúde mental sendo aplicadas com alguns avanços positivos, mas apresentando ainda algumas fragilidades ou ausências.

Palavras-chave: Saúde mental, Território, Macapá, Políticas públicas.

ABSTRACT

The debate surrounding mental health conditions has become more visible in recent decades. In this context, nearly one billion people worldwide live with a diagnosable mental disorder, and the majority of these individuals lack adequate access to health services. Concurrently, mental health systems and services remain ill-equipped to meet people's needs, even as mental health is considered a basic human right. In Brazil, to mitigate the harm caused by mental disorders in these populations, public policies for mental health are created and implemented across the country's diverse territories, including the city of Macapá in the state of Amapá, the focus of this research. The primary scope of this work is to understand how public mental health policies are being developed in Macapá in response to the increasing demand for these psychic health services in the capital of Amapá. To achieve this objective, a bibliographic research methodology was employed, involving theoretical and documentary analysis alongside an ecological epidemiological territorial-based study. This study examined the characteristics of Macapá's

¹ Doutoranda no curso de Geografia da Universidade Federal do Pará – UFPA – PA, gise_thalez@hotmail.com;

² Professor do Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal do Pará – UFPA - PA, jovengeo@yahoo.com.br;

³ Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP – AP, rosemary.unifap@gmail.com;



urban territory and the public mental health policies developed over the past decades. Among the notable results are: accelerated population growth not matched by adequate urban infrastructure; an increase in suicide death rates over the last decade; and public mental health policies being implemented with some progress and improvements, yet still exhibiting certain weaknesses or absences.

Keywords: Mental health, Territory, Macapá, Public policies.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, as discussões sobre a temática da saúde mental ganharam destaque no campo das políticas públicas no Brasil, especialmente a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo buscou transformar o modelo assistencial, antes centrado no modelo asilar em instituições manicomiais (hospitalocêntrico) para uma rede de atenção psicossocial orientada pelos princípios da integralidade, territorialidade e promoção da cidadania. No âmbito do SUS se buscou estruturar os serviços e ações substitutivas e comunitárias que pudessem garantir o cuidado em liberdade, promovendo o fortalecimento de vínculos sociais e ampliando o acesso da população.

Um dos pontos de destaque para a efetivação de políticas públicas em saúde mental é a análise dos territórios onde essas políticas se estabelecem, sendo o território visto além de uma base material, o território sendo percebido a partir de seu uso e das relações produzidas neste. Uma das propostas de vigilância em saúde do SUS é o reconhecimento desses territórios para uma possível caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como também da avaliação dessas políticas públicas. Mas vale ressaltar que a efetivação dessas políticas e ações enfrenta diversos desafios na prática cotidiana, sobretudo, quando analisada o contexto de realidades urbanas mais periféricas, como é o caso da capital Macapá no estado do Amapá.

O contexto urbano macapaense é marcado por um crescimento urbano acelerado, comum as cidades amazônicas, em que a população cresceu nas últimas décadas com altas taxas de crescimento demográfico anual e as estruturas de saúde não acompanharam tal elevação, o que contribuiu para o aumento de desigualdades socioespaciais, expressas na precariedade de infraestrutura básica e na concentração desigual de políticas, equipamentos e serviços públicos. Esses fatores repercutem diretamente nas condições de saúde mental da população, intensificando a vulnerabilidade social e limitando o alcance de políticas públicas voltadas ao cuidado psicossocial.

Este estudo se torna relevante na medida em que analisa as políticas públicas em saúde mental em territórios urbanos, e permite compreender não somente a capacidade institucional do estado em prover o direito a saúde dessa população, mas também de entender as dinâmicas



territoriais que condicionam a materialização dessas políticas. Tais políticas tentam suprir a demanda que aumenta a cada ano, mas esbarram em fatores estruturais que implicam diretamente em uma assistência precária, ou na ausência dela. Este artigo busca contribuir para o debate acadêmico sobre a efetividade de políticas públicas em contextos urbanos amazônicos, onde os desafios de acesso, gestão e equidade se mostram ainda mais evidentes. Diante do exposto, o objetivo geral desta pesquisa se concentra em compreender como as políticas públicas de saúde mental estão sendo implementadas no território urbano macapaense para diminuição dos problemas em saúde mental, identificando avanços e fragilidades na sua aplicação. Para alcançar tais objetivos propostos utilizou-se a metodologia a seguir.

METODOLOGIA

Como trajeto metodológico para este trabalho utilizou-se como recurso uma pesquisa bibliográfica, com uma análise teórica e documental de caráter descritivo e explicativo. Nesta pesquisa foi realizado levantamento e análise da produção científica sobre políticas de saúde mental no Brasil, no Amapá e mais especificamente na cidade de Macapá.

Como complemento da pesquisa teórica também foi realizado um estudo ecológico epidemiológico de base territorial que analisou os dados de suicídio em Macapá no período de 2015 a 2022. Sendo a Epidemiologia a ciência que estuda a distribuição da morbidade e da mortalidade a fim de traçar o perfil de saúde-doença nas coletividades humanas, analisa os fatores ambientais e socioeconômicos que possam ter alguma influência na eclosão de doenças e nas condições de saúde (Rouquayrol e Goldbaum, 2003, p. 17).

Para este estudo foi utilizado como base de dados o Relatório Mundial Sobre Saúde Mental (WHO, 2022); foram realizados levantamentos bibliográficos e documentais sobre as principais políticas públicas e programas implementados na saúde mental no território urbano macapaense; foram analisados dados de óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SUS); e dados do Sistema de Vigilância Sanitária (SVS).

Na construção dos gráficos foi usado o *software Microsoft Excel* 2010. Para a confecção dos mapas os dados utilizados foram adquiridos por meio da plataforma do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na aba “Geociências” nas escalas de 1:250.000, posteriormente, os dados obtidos foram exportados e manipulados no SIG QGIS versão 3.28.11.



REFERENCIAL TEÓRICO

Saúde mental e o território

Nas áreas de conhecimento científico, “Território” é considerado um termo polissêmico, que se constitui de uma gama de significados e formas de abordagem. É tido como um termo ambíguo, com oscilações de significados, sendo compreendido de forma diferenciada pelas diversas áreas, como a Biologia (etologia), Ciências Políticas (estado) e Antropologia (territorialidade), e entre outras (Pereira; Barcelos, 2006), o que se torna positivo pela sua variedade de utilizações nas mais diversas áreas de análise, mas para fins epistemológicos e de pesquisa ainda é uma problemática que se faz presente mesmo dentro da própria Geografia.

Contudo, compreender o território apenas como uma área delimitada e constituída pelas relações de poder do Estado, assim como se entende na Geografia, estaria se desconsiderando várias formas de enfocar o seu uso, as quais não engessam o seu entendimento, mas a torna mais complexa por envolver uma análise que leva em consideração muitos atores e várias relações sociais, como mostrou Saquet e Silva (2008, p. 08).

Assim, o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo. No entanto, a delimitação pode não ocorrer de maneira precisa, pode ser irregular e mudar historicamente, bem como acontecer uma diversificação das relações sociais num jogo de poder cada vez mais complexo.

Para Santos (2005) é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social, então a categoria é o “território usado”, e este se constitui em uma categoria essencial para a elaboração sobre o futuro. Para este autor o “território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado. Em Santos (2008) a utilização da categoria “território usado” aponta para um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território.

Em Monken e Barcellos (2005) a análise do território em saúde convém, antes de qualquer ação, como meio operacional para a avaliação objetiva das condições criadas para a produção, circulação, residência, comunicação, e sua relação com as condições de vida. Sendo necessário para tanto o reconhecimento desse território e de suas territorialidades, assim como é primordial, o reconhecimento dos atores que se utilizam deste território. Para discutir o território deve-se analisar a “constituição do território” e os seus usos diversificados, que para Santos (2000) é necessário investigar as práticas transformadas em rotina no espaço.

Quanto a utilização do termo “território” pelo campo da saúde mental é recorrente em suas análises desde a reforma psiquiátrica e a contra posição entre serviços centrados no hospital



psiquiátrico e serviços comunitários (Furtado *et al.*, 2016; Santos; Nunes, 2011). Furtado *et al.* (2016) ao analisar as concepções de território na saúde mental mostram que a geografia crítica no Brasil teve grande influência sobre as análises do território. Principalmente no que se refere as ideias de Milton Santos (2005, 2008), pois este autor inaugura a abordagem do espaço como processo de construção social, considerando também as particularidades dos territórios periféricos ou semiperiféricos do capitalismo global. Para estes autores os estudos de Milton Santos (2005) sobre espaço e território possibilitaram a Epidemiologia enfrentar de forma mais adequada as mudanças do perfil epidemiológico oriundas do processo de globalização e superar as abordagens que desconsideravam as implicações socioespaciais no processo saúde/doença.

Muitas concepções sobre o território são utilizadas na saúde, mas Furtado *et al.* (2016) apontam quatro compreensões de território na saúde mental mais significativas. A primeira e mais frequente é o território visto como área de cobertura e ação de serviços extra hospitalares, ou seja, o território como materialidade, como área em si, mas externo ao hospital, que caminha na contramão do modelo “hospitalocêntrico”. Na segunda aceção o território é tido como um conjunto de recursos terapêuticos, no sentido amplo e nem sempre sofrendo delimitação, sendo uma resultante de interações potenciais a serem exploradas e articuladas pelos profissionais dos serviços de saúde, mas em instâncias que não sejam pertencentes a estes serviços, como a vizinhança, os espaços públicos, e entre outros.

A terceira compreensão do conceito de território na saúde mental é o território existencial, que se constitui a partir da história pregressa e pessoal de cada pessoa ali envolvida, denotando um espaço de construções simbólicas e de pertencimento, e articula-se a sentidos subjetivos, etológicos, sociológicos e geográficos. E a última concepção de território para Furtado *et al.* (2016) é o território como sistema de objetos e sistema de ações, que se deriva da teoria de Milton Santos (2005), tendo uma aceção de interface entre o político e o cultural que vão desde fronteiras entre países até aquelas entre os indivíduos e seus limites corporais; importantes salientar nessa última compreensão de território a dependência entre a materialidade do espaço e o seu uso (Furtado *et al.*, 2016).

Essas aceções mostradas por Furtado *et al.* (2016) são utilizadas em várias pesquisas e trabalhos sobre a concepção de território em saúde mental. Entende-se que na Saúde a forma como se utiliza o conceito território não é a mesma da Geografia, mesmo que sempre se busque uma aproximação, existem peculiaridades que cabem a saúde muitas vezes olhar o território como simples base territorial material e área delimitada, mas também percebe-se que muitas vezes as pesquisas e políticas públicas buscam algo além do território delimitado para



caracteriza-lo e torna-lo o mais saudável possível, principalmente no que se remeta a questões de saúde mental.

Uma das propostas de vigilância em saúde do SUS é o reconhecimento desses territórios para uma possível caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como também da avaliação dessas políticas públicas. Na visão de Monken e Barcellos (2005) essas ações permitem o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico, o que para eles isso se justifica pelas precárias condições de vida da população, seja com o aumento das desigualdades sociais associadas a uma segregação socioespacial aguda, que é um desafio para o acesso a melhores condições de vida.

Políticas públicas em saúde mental no Brasil

Até o final da década de 1970 no Brasil o sistema psiquiátrico era baseado apenas em um grande número de hospitais psiquiátricos, que eram caracterizados por baixa qualidade de cuidados e com a ocorrência frequente de violações dos direitos humanos (Almeida, 2019). Para Silva e Pinho (2015) a partir da Segunda Guerra Mundial o questionamento do papel terapêutico do hospício torna-se mais evidente, denotando local de opressão, exclusão social, e denegação das singularidades. O hospício produz mortificação, e não revela a compreensão da diferença, o que produz, de fato, é um ser mais adoecido, pois não há trabalho na promoção de saúde neste formato, sendo um espaço mais de adoecimento do que de cura.

Almeida (2019) mostra que com estas condições do sistema psiquiátrico era urgente o desenvolvimento de uma política nacional de saúde mental, uma reforma dos serviços era absolutamente indispensável. O autor prossegue indicando que algumas primeiras experiências foram vivenciadas em algumas cidades do estado de São Paulo, e estas tiveram um papel importante no desenvolvimento de um modelo que atendesse as necessidades e especificidades do caso brasileiro. Destacando-se que estas experiências foram significativas para os primeiros passos na construção de uma política nacional de saúde mental, que se desenvolveu ao longo da década de 1980, e a integrou-se ao processo de redemocratização que se iniciou nesse período no país.

A construção e aplicação dessas políticas públicas em saúde mental no Brasil tem a participação e o envolvimento de grupos e movimentos sociais, que sofreram a influência da reforma psiquiátrica e do movimento sanitaria (Pontes *et al.*, 2014). A Reforma Psiquiátrica trouxe um conjunto de mudanças para melhorar a saúde mental no Brasil, dentre as principais características que marcaram suas ações podem-se destacar: substituição de tratamentos



baseados em castigos, violência e exclusão, o fechamento gradual de hospícios e manicômios, incentivo a cidadania com o fortalecimento de vínculos familiares e sociais, dentre outras. Na visão de Pontes *et al.* (2014) a Reforma Psiquiátrica redirecionou não só os saberes e práticas a respeito do sofrimento psíquico como também culminou na necessidade de uma revisão legislativa no Brasil, com o intuito de concretizar essas transformações.

Essas mudanças para uma possível psiquiatria democrática têm início em alguns países por volta da década de 1970, quando também se inicia o movimento antimanicomial. Em países como França, Estados Unidos e Itália essas discussões foram mais aprofundadas e assertivas, onde surgiram experiências inovadoras de transformação da assistência psiquiátrica que contribuíram para propostas de bases comunitárias, responsáveis pela ressignificação do cuidado psiquiátrico centrado no hospital e pelo investimento no território como cenário ideal para esse cuidado (Silva; Pinho, 2015). Entretanto, a Itália foi o país que mais vivenciou essas mudanças, com a experiência pioneira na extinção dos manicômios e outras ações importantes para essa luta, que teve como um de seus principais protagonistas o psiquiatra e militante de esquerda Franco Basaglia (1924-1980), que contribuiu para o fechamento de hospitais psiquiátricos e com a abertura de serviços de atenção e tratamento em saúde mental, assim como favoreceu para o surgimento da psiquiatria democrática em 1973 (Quintas; Amarante, 2008).

Todo esse movimento de resistência e reforma ocorrido na Itália na década de 1970 inspirou uma movimentação no Brasil, que também passou a buscar a Reforma Psiquiátrica, inicialmente com a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que tentaram promover a crítica ao modelo oficial e hospitalocêntrico, que ganha força com a redemocratização e se torna um “movimento social pela reforma psiquiátrica”, inserindo a discussão da desinstitucionalização no quadro da democracia em formação (Pontes *et al.*, 2014; Santos; Nunes, 2011).

Na visão de Pontes *et al.* (2014) dentro dos movimentos reformistas no período da redemocratização do país, a implantação do SUS ocupa lugar de destaque no que se refere a descentralização da saúde no país, visto que a partir desta implantação surgiu um novo modelo da assistência à saúde, com isso a elaboração de políticas públicas em saúde mental que objetivava romper com o modelo “hospitalocêntrico”. Nesse sentido, a implantação do SUS é o marco de um novo pensar dentro da saúde mental no país, que vai substituir ações, tratamentos e políticas na tentativa de uma atenção mais democrática e social dentro da atenção à saúde mental.

Destaca-se que algumas políticas públicas e ações foram essenciais para se chegar nesse momento atual no Brasil, período que para Pontes *et al.* (2014) é único, pois vive-se a



complexidade do desafio representado pela implantação de políticas públicas em saúde mental. Dentre essas políticas e ações tem-se as seguintes para o avanço da política em saúde mental no Brasil.

Na década de 1990, tem-se os seguintes atos legais: a Portaria do Sistema Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) n. 224, de 29 de janeiro de 1992 (Brasil, 2004), que regulamenta o funcionamento de serviços de saúde mental no Brasil e a incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, na visão de Pontes *et al.* (2014) essa Portaria é imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos; ainda em 1992 criam-se a Portaria da SAS, nº 407 de 30 junho (Brasil, 2004), que cria o código de procedimento para hospitais psiquiátricos; em 1993 tem-se a resolução nº 93 de 02 de dezembro (Brasil, 2004), que aprova a constituição no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, da comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica.

No decênio de 2000 destaca-se a criação da Portaria do Gabinete do Ministro (GM) nº 106 de 11 de fevereiro (Brasil, 2004) que regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que objetiva a reestruturação do modelo de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico (Pontes *et al.*, 2004). Logo em seguida também surge a Portaria GM nº 799 de 19 de julho de 2000, que ao considerar os avanços dos anos anteriores à mudança do modelo psiquiátrico “hospitalocêntrico” determina a avaliação, supervisão e regulamentação dos serviços em saúde mental do SUS, e essas ações são muito favoráveis ao êxito da política pública. E em 06 de abril de 2001 ocorre a promulgação da Lei nº 10.216 (Brasil, 2004) que dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento com os transtornos mentais, redireciona o modelo da assistência em saúde mental, e regulamenta as internações psiquiátricas. Essa Lei é conhecida como Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, é um marco na história da saúde mental brasileira, e representa o rompimento de uma política de paradigma privativo de saúde (Pontes *et al.*, 2014; Silva; Pinho, 2015; Almeida, 2019).

Somente a partir do surgimento da Lei da Reforma Psiquiátrica é que o movimento encontra um marco legal que consolide a esfera do Estado como campo de pleito dos movimentos sociais inseridos na luta da Reforma (Santos; Nunes, 2011). A partir da inserção dessa Lei a implantação de serviços substitutivos de assistência a portadores de transtornos mentais está, então, regulamentada, e em 2002 a Portaria n. 336 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2004) torna os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades I, II, III, os responsáveis pela prestação desse atendimento. Essa Portaria cria mecanismos de financiamento próprio para a rede dos CAPS, e amplia a abrangência dos serviços substitutivos (Pontes *et al.*, 2014). Todas as políticas públicas mostradas até aqui consistem em apresentar



de forma simplificada os atos legais mais expressivos que foram base e que compunham a assistência à saúde mental no Brasil.

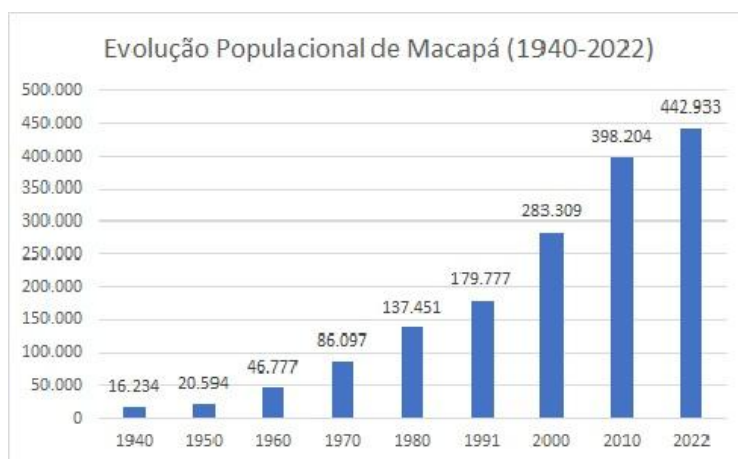
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dinamismo populacional e fragilidades da infraestrutura básica

Macapá é uma cidade média amazônica, localizada no sudeste do estado do Amapá, e compõem com mais 15 municípios o território amapaense. O Amapá possui uma população de 733.759 habitantes, e é considerado em termos populacionais o segundo menor estado do Brasil, e um dos três estados do país que possuem população abaixo de um milhão de habitantes (IBGE, 2022). Entretanto, suas taxas de crescimento populacional têm sido elevadas nas últimas décadas, superando as taxas nacionais, assim como seu crescimento urbano também foi significativo a partir de 1960.

Um primeiro ponto a ser apresentado e discutido é o elevado crescimento populacional da cidade de Macapá, que não foi acompanhado da expansão de infraestrutura adequada. Neste crescimento populacional acelerado do Amapá, Macapá foi a cidade que agregou maior população, concentrando na atualidade 59% de toda a população do estado, com uma expansão urbana acelerada e não sendo acompanhada de infraestruturas para atender as condições dessa sociedade, abaixo o gráfico 01 mostra a evolução populacional de Macapá.

Gráfico 01: Evolução Populacional de Macapá.



Fonte: Produzido pelos autores a partir dos dados do IBGE (1940 a 2022).

O aumento populacional de Macapá entre o final da década de 1950 e 1990 gerou intensas modificações nas áreas urbanas, houve a expansão do número de bairros, que até a estadualização Macapá possuía apenas 17 bairros, mas a partir de 1990 ocorrem novos rearranjos no espaço urbano devido ao adensamento populacional e o elevado índice de ocupação do espaço urbano (Silva, 2017). Essa expansão em Macapá ocorreu tanto para as áreas



de terra firme, como para as áreas úmidas, como as “ressacas”, que a partir do final da década de 1980 vão se intensificar tanto em Macapá, como Santana, pela busca de moradia pelas populações de baixo poder aquisitivo.

O crescimento populacional de Macapá é resultado de um alto crescimento vegetativo atrelado a um crescimento migratório também elevado, entre 1950 e 1960 a população praticamente dobrou, isso em um período em que as estruturas de saúde ainda estavam sendo implementadas, e serviços básicos como água tratada e energia ainda eram escassos. Nas seguintes décadas o crescimento continua, e na atualidade possui 64 bairros oficiais, entretanto, as estruturas não foram suficientes para atender de forma adequada a toda essa demanda, o que gera o não alcance de determinados serviços.

Quanto as características socioambientais, em 2010 o Amapá apresentava um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,708, localizado na faixa de alto desenvolvimento, mas em 2021 o IDH do estado diminuiu para 0,688, sendo considerado um dos menores do país, e o menor da região Norte, situado agora na faixa de médio IDH (IBGE, 2022). Já a capital Macapá em 2010 apresentou um IDH-M de 0,733 (IBGE, 2010), e assim como o estado em 2010 ficou na faixa de alto desenvolvimento, e considerado o maior de todo o estado, mas ainda assim apresentando características não condizentes com as estatísticas de desenvolvimento.

O município de Macapá é considerado um dos piores municípios no que se remete ao saneamento básico do Brasil, com atendimento baixo e precário de abastecimento de água (atende 38,36% da população) e coleta de esgoto (atende apenas 10,98% da cidade) (Instituto Trata Brasil, 2021). Além destas fragilidades mostradas na pesquisa do Instituto Trata Brasil, destaca-se a ausência de asfalto de qualidade nos bairros mais centrais, e ausência de asfalto em bairros periféricos, transporte público de má qualidade e com rotas que não contemplam todas as áreas da cidade, sistema de energia precário nas periferias com ruas escuras e mal iluminadas, e entre outros problemas urbanos.

Esse cenário expõe fragilidades que o território urbano apresenta de condições de vida desta população, e mesmo com a implantação de políticas públicas, o estado ainda carece de uma atenção maior do poder público para superar tais desafios, principalmente na sistemática de saúde. Entretanto, vale salientar que Macapá, apesar de possuir fortes deficiências de infraestrutura urbana, ainda assim é considerada a cidade com a melhor infraestrutura do estado em escala local, visto que os demais municípios não apresentam estrutura suficiente para atendimento dos seus habitantes.



Políticas Públicas em Saúde Mental: evolução e limitações

Assim como em várias partes do Brasil, a estrutura e os serviços de saúde para atendimento de casos relacionados a saúde mental no Amapá ainda são precários e por vezes limitados. Entretanto, nos últimos anos algumas políticas, programas, e ações estão sendo implementadas junto as condições de saúde mental, como o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PNASH), Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial, e o Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial.

A atenção em saúde mental no Brasil é prestada no âmbito do SUS, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que foi instituída pela Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A RAPS é dividida em cinco componentes que incluem serviços da atenção básica, da atenção psicossocial, da atenção de urgência e emergência, da atenção hospitalar, da atenção de urgência e emergência, da atenção residencial de caráter transitório, e ainda conta com as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2013).

No estado do Amapá e em Macapá é possível encontrar quase todos esses serviços que englobam a política de saúde mental, uns mais fortalecidos, como a atenção básica, e outros ainda fragilizados no que competem, por exemplo, a atenção hospitalar, que é institucionalizada, mas atende com infraestrutura precária, a seguir apresenta-se um quadro com as políticas e infraestruturas em saúde mental implantadas no município de Macapá a partir das orientações da RAPS

Quadro 01: Componentes da RAPS em Macapá.

	Atendimento	Quantidade	Gestão
Atenção Básica	UBS e ESF	23 UBS	Municipal
	Consultório de Rua	1	Federal e municipal
Atenção Psicossocial especializada	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Gentileza (CAPS III)	1	Estadual
	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas – Espaço Acolher (CAPS – AD)	1	Estadual
	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)	1	Municipal
	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	1	Municipal
	Centro de Especialidades Dr. Papaleo Paes	1	Municipal
Atenção de Urgência e Emergência	Hospital de emergências (HE)	1	Estadual
	UBS Marcelo Cândia UBS Marabaixo	2	Municipal
Atenção Hospitalar	Hospital de emergências (HE)	1	Estadual
	Hospital de Clinicas Alberto Lima (HCAL)	1	Estadual

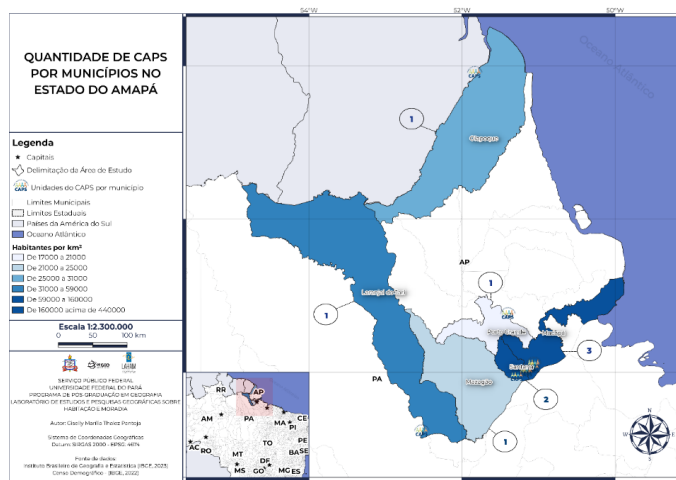


Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil (UAI)	1	Municipal
Estratégias de desinstitucionalização	Algumas políticas vêm sendo trabalhadas para atender em um modelo diferenciado do modelo asilar, como os CAPS citados acima, ou como exemplo a criação de grupos de trabalho focados na desinstalação de centros como o de Custódia do Novo Horizonte.		Estadual e Municipal
Reabilitação Psicossocial	CAPS e o Centro Especializado em Reabilitação (CER)		Estadual e Municipal

Fonte: Produzido pelos autores a partir de dados da SESA (2024); CNES (2025).

Dentre essas políticas e estruturas no Amapá destaca-se a implantação dos CAPS que são voltados para a estabilização e acompanhamento de pacientes. Em pesquisa realizada na SESA em 2024, identificou-se que ao todo a rede conta com nove unidades do CAPS, divididos em seis municípios da seguinte forma: Macapá (03), Santana (02), Laranjal do Jari (01), Oiapoque (01), Porto grande (01) e Mazagão (01), como pode ser visto no mapa 01, abaixo.

Mapa 01: Quantidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por municípios no Estado do Amapá.



Fonte: Produzido pelos autores a partir de dados coletados na Secretaria de Saúde do Amapá (SESA) em 2024.

Dos CAPS mapeados acima, apenas dois são de responsabilidade do governo do estado, o CAPS Gentileza (CAPS III) e o Espaço Acolher (CAPS – AD) que estão localizados na capital Macapá, e todos os demais são de responsabilidade de cada município.

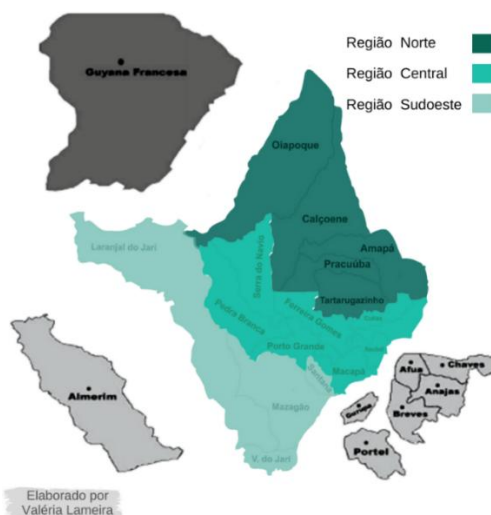
Destas unidades, as que possuem uma melhor estrutura são as localizadas em Macapá, objeto deste trabalho, que contam com uma rede maior de profissionais e de espaços para acolhimento, com consultas médicas, atendimento psicológico, atendimento de fisioterapia, serviço social, e fonoaudiólogo. Para esses atendimentos existe um processo de triagem para acolhimento, mas quando o caso é de urgência (crise ou surto) o primeiro atendimento psicológico ocorre no Hospital de Emergência (HE), para atendimentos de crises de ansiedade,

depressão, abuso ou qualquer tipo de traumas psicológicos, além das tentativas de suicídio (Portal, 2023).

Em outros municípios as unidades do CAPS apresentam uma estrutura e oferta de serviços mais limitada, geralmente em um espaço mais simples e com número bem reduzido de profissionais, e até mesmo a ausência de algumas especialidades consideradas fundamentais para o atendimento a pacientes com problemas psicológicos. O Amapá possui 16 municípios, e destes, apenas seis possuem unidades de CAPS (Portal, 2021; CNES 2025), ou seja, o serviço, mesmo que precário não chega aos demais municípios, ficando dez municípios sem a presença dessa estrutura, são eles: Amapá, Calçoene, Itaubal, Pedra Branca do Amapari, Serra do Navio, Pracuúba, Vitória do Jari, Tartarugalzinho, Ferreira Gomes e Cutias.

O estado do Amapá possui uma regionalização em saúde que pode ser consolidada a partir de 2016 com a implantação da RAS e seus componentes, do Plano Plurianual de 2016-2019 e da Resolução CIT nº 37/2018 (Portal, 2024), essa organização das regiões em saúde divide-se da seguinte forma: Região Norte (Oiapoque, Calçoene, Amapá, Pracuúba, e Tartarugalzinho), Região Central (Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Ferreira Gomes e Macapá), e a Região Sudoeste (Laranjal do Jari, Vitoria do Jari, Mazagão e Santana), como pode ser visto no mapa 02, a seguir:

Mapa 02: Regionalização em saúde no Amapá.



Fonte: Portal do Governo do Estado do Amapá (2024).

A partir do Mapa 02 é possível perceber que alguns municípios ficam desassistidos quanto aos serviços de saúde mental, na região norte amapaense apenas Osipoque possui CAPS; já na região central somente Macapá e Porto Grande possuem essa estrutura; e a região sudoeste possui o maior número de municípios com a presença de CAPS. Destaca-se que embora estes



municípios não possuem a presença de CAPS, mas algumas UBS possuem algum atendimento básico em saúde mental. É importante também frisar que as distâncias entre as sedes dos municípios são extensas, e a precariedade nos sistemas viários dificulta o acesso a esses atendimentos, o que torna inviável conhecer essas realidades e atuar na prevenção, diagnóstico e tratamentos dessas populações.

Além dos CAPS distribuídos no estado e na capital Macapá destacam-se também outras estruturas como a Enfermaria Psiquiátrica do HCAL, que é um local de internação provisória, visto a Lei Antimanicomial de 2001, Lei nº 10.216/2001, (Brasil, 2004), possui infraestrutura deficitária e também conta com ausência de profissionais na área de saúde mental, embora nos últimos anos tenham sido realizados pequenos reparos, ainda necessita de avanços para atender de forma adequada tais pacientes (Portal, 2025). É uma das estruturas de saúde mental do Estado que mais recebe reclamações e denúncias, seja sobre a ausência de infraestrutura ou de profissionais (Portal, 2024), ou até mesmo de desvio de utilização do espaço, que em alguns períodos serviu para internação para detentos com transtornos mentais, visto que o Instituto Penitenciário não dispõe desse tipo de espaço e atendimento (Silva, 2023).

O HE também possui um espaço para atendimento de casos de urgência e emergência psicológica, seu funcionamento é de 24 horas para atendimento como crises de depressão, ansiedade, abuso ou qualquer outra tipologia de violência e traumas psicológicos, assim como as tentativas de suicídio. Os pacientes atendidos nesta unidade podem ficar internados até 72 horas ou até ser estabilizado, caso necessite e se houver leito, caso necessite de internação é direcionado para a Enfermaria Psiquiátrica do HCAL. Ainda no HE também funciona um Ambulatório de Saúde mental com serviço especializado, até 2021 este ambulatório possuía cerca de 16 mil usuários cadastrados (Portal, 2021).

No que se remete ao alcance de atendimentos da estrutura de saúde mental em Macapá, de acordo com o que foi verificado em campo, a quantidade de atendimentos varia, pois as UBS como são porta de entrada possuem uma demanda expressiva, encontrando-se em algumas variedades no atendimento. Quanto aos CAPS, o atendimento foi melhorado com a revitalização do CAPS Gentileza em 2022, mas algumas reclamações ainda pesam nos atendimentos realizados neste local, como o prédio que não suporta a demanda e a falta de profissionais da saúde. Identificou-se, que na Enfermaria de Psiquiatria do HCAL foi o local que apresentou a maior dificuldade para suprir as demandas, e que em 2024 passou por inspeção da Promotoria de Saúde sobre as condições de atendimento a pacientes. Nessa ocasião, a Promotoria identificou que um dos maiores problemas é a ausência de leitos, já que só existem 13 leitos. Também a ausência de profissionais da área de saúde mental foi identificada, mas



vale salientar que ocorreram algumas mudanças como melhorias nas instalações físicas (Portal, 2024).

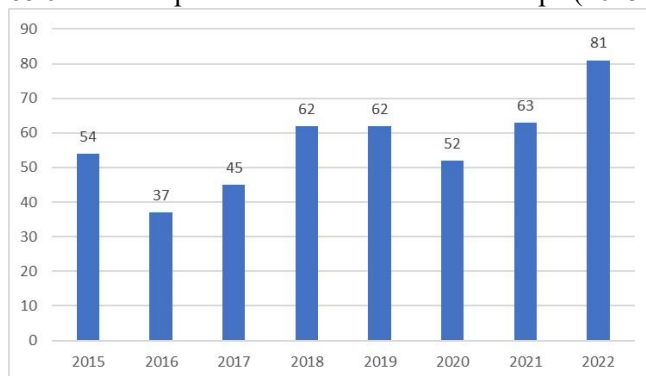
Outras políticas também contribuem para a promoção da saúde mental, como o janeiro branco, que é movimento social dedicado a construção de uma cultura da Saúde Mental na Humanidade, e em janeiro de 2019 foi instituído como Lei no estado do Amapá. Outra ação é o setembro amarelo, mês dedicado a prevenção do suicídio no Brasil, colocada em 2013 no calendário nacional. O Amapá ainda é ausente de uma rede de atenção psicossocial, da residência terapêutica que seria utilizada por pacientes que possuem os laços familiares fragilizados, sem rede de apoio e vulneráveis, mas que não necessitam de internação (Portal, 2024).

Suicídios em Macapá

As informações sobre as condições de saúde mental no Amapá e em sua capital Macapá ainda são escassas, assim como em grande maioria dos estados e municípios brasileiros, principalmente no que se remetem aos dados dos transtornos de depressão e ansiedade, seja pela ausência de notificação de casos, ou pela própria carência de assistência, estrutura, ou de políticas públicas efetivas que minimizem os danos de uma má saúde mental. O que muito se utiliza são os dados de boletins epidemiológicos sobre notificação de lesão autoprovocada e óbitos por suicídio, o que a partir de alguns estudos foi verificado que cerca de 90% dos casos de suicídio estão associados a transtornos mentais (WHO, 2022; Silva, 2016; Brasil, 2021), sendo a depressão a mais comum destes transtornos.

Os dados a seguir mostram uma parcela da realidade sobre os índices de suicídios no Amapá e na capital Macapá, sendo necessário mais informações para um estudo mais aprofundado. O número de suicídios no estado cresceu entre 2015 e 2022, período de estudo verificado na SVS, e oscila dependendo do ano, mas em 2022 foi o ano com maior número de óbitos por suicídio, como pode ser observado no gráfico 02.

Gráfico 02: Óbitos por suicídio no Estado do Amapá (2015-2022).



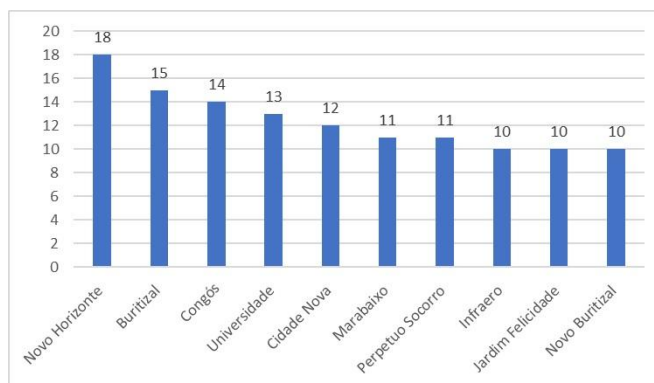


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIM/SVS/SESA/AP (Extraído em 03/2024)

Mesmo que em 2020 (ano de início da pandemia de Covid-19) tenha ocorrido uma diminuição no número de suicídios, em 2021 e 2022 os números voltaram a crescer, e a maioria desses casos se concentram na capital Macapá, seguidos dos municípios de Santana e Laranjal do Jari.

Macapá apresenta o maior número de casos de óbitos por suicídio por ser o município com o maior quantitativo populacional de todo estado. Da análise realizada na SVS entre os anos de 2015 e 2022, os bairros que apresentaram o maior quantitativo de suicídios por bairros de residência são Novo Horizonte, Buritizal, Congós, e Universidade, como mostra o gráfico 03 abaixo:

Gráfico 03: Distribuição de óbitos por suicídio por bairros de residência em Macapá (2015-2022).



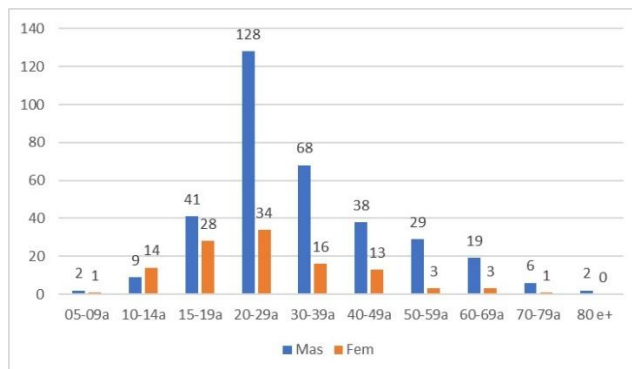
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIM/SVS/SESA/AP (Extraído em 03/2024)

Os bairros que apresentam o maior quantitativo de suicídios em Macapá se localizam em zonas diferenciadas da cidade, assim como as características socioeconômicas e ambientais também são diferenciadas, mas possuem como características comuns todos serem bairros que surgiram espontaneamente, com características de áreas periféricas e com fortes problemas urbanos. Alguns destes bairros estão localizados em terra firme e outros em áreas mistas com presença de “ressacas”, como é o caso do Congós. Já o bairro do Buritizal é o que apresenta as melhores características urbanas, com a maioria das ruas asfaltadas e com serviços de água presentes, assim como possui um subcentro movimentado e de certa dinâmica econômica.

Quanto a faixa etária destes óbitos, de acordo com o gráfico 04, desde o ano de 2017 o Amapá vem apresentando dados de crescimento nas taxas de suicídio nas faixas de 20 a 39 e 10 a 19 anos, sendo o primeiro grupo com taxas mais elevadas para o sexo masculino. Percebe-se pelo Gráfico 04, abaixo, que entre 2015 e 2022 ocorreram 162 suicídios na faixa de 20 a 29 anos, sendo que destes 128 foram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, uma diferença

elevada no mesmo período e faixa. Tais dados não diferem das taxas gerais, onde há prevalência para os homens, e também não diferem dos dados nacionais e internacionais, em que o número de mortes por suicídios é mais elevado para o sexo masculino.

Gráfico 04: Mortalidade por suicídio no estado do Amapá por faixa etária e sexo entre 2015 e 2022.



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIM/SVS/SESA/AP (Extraído em 03/2024)

O aumento das taxas de suicídio no estado do Amapá e no município de Macapá indica que mais estudos devem ser feitos, voltados para os fatores de risco e proteção, da estrutura de saúde, e da atuação das políticas públicas para que se possa ter redução destes casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante ao artigo exposto e as análises realizadas, verifica-se que as políticas públicas em saúde mental na cidade Macapá refletem tanto avanços institucionais quanto fragilidades estruturais e sociais. Dentre as principais conclusões destacam-se as que se seguem.

Macapá apresenta desde a década de 1950 um crescimento populacional acelerado, oriundo de um crescimento vegetativo alto atrelado a um elevado crescimento migratório, tal processo não foi acompanhado de uma infraestrutura adequada na cidade, o que corroborou para intensos problemas urbanos vivenciados até na atualidade, dentre estes podem se destacar as desigualdades socioespaciais, a fragilidade ou ausência de infraestrutura urbana, as problemáticas na estrutura de saúde, entre outros.

Macapá apesar de ser o município que possui a melhor infraestrutura urbana do estado do Amapá, é considerado um dos piores municípios no que se remete ao saneamento básico do Brasil, com atendimento baixo e precário de abastecimento de água e coleta de esgoto, apresentando várias fragilidades urbanas, e mesmo com a implantação de políticas públicas, o estado ainda carece de uma atenção maior do poder público para superar tais desafios.

A estrutura de atendimento a questão de saúde mental ainda é precária em Macapá, seja na oferta de serviços (no público ou no privado), na oferta de profissionais, no atendimento de



urgência, na coleta de dados, ou nos atendimentos em outros municípios, ou até mesmo na ausência desta estrutura.

No Amapá entre 2015 e 2022 as taxas de suicídios oscilaram, sendo que em 2019 a capital Macapá apresenta uma taxa muito elevada que coloca o estado em patamar de risco. Entre o aumento dessas taxas de suicídio no Estado, destaca-se as taxas mais elevadas nas faixas etária de 20 a 39 e 10 a 19 anos.

Algumas políticas públicas são desenvolvidas, seja na escala estadual ou municipal, e atendem a Política Nacional e Atenção à Saúde Mental no Brasil, gerando resultados positivos, mas que ainda precisam ser ampliados e melhorados para atenderem essa população de forma mais adequada. No que se remete aos componentes da RAPS, Macapá apresenta todos os componentes, mesmo que forma ainda embrionária ou com questões ainda a serem discutidas e aplicadas pelas políticas públicas em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de Saúde Mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 35, n. 11, p. 01-06, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/>. Acesso em: 03 set. 2024.

AMAPÁ. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Análise da Morbimortalidade por suicídios no estado do Amapá**. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, 5ª ed., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conheça a RAPS: rede de atenção psicossocial. Brasília – DF, 2013. Disponível em: [Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial](#). Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Boletim Epidemiológico. Volume 52, n. 33, set. 2021.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta estabelecimento**, 2025. Disponível em: [Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde](#). Acesso em: 27 jun. 2025.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; BORYSOW, Igor da Costa; KAPP, Silke. A concepção de território na saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 01-15, set., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mhkpNm87vhrXYBWKzy7psjy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2024.



INSTITUTO TRATA BRASIL. **Ranking do saneamento básico 2021: 100 maiores cidades brasileiras**. 2021. Disponível em: https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Resumo_Executivo.pdf. Acesso em: 17 abr. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_rio_de_janeiro.pdf. Acesso em: 24 mai. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 24 mai. 2024.

MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-17911>. Acesso em: 03 jan. 2024.

PEREIRA, Mauricio Gomes; BARCELLOS, Cristovam. O território no Programa Saúde da Família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 47-59, 2006. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/16847-62802-1-PB.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2024.

PONTES, Samira; LOPES, Lídia; SANTOS, Larissa; CALAZANS, Roberto. Implantação de Políticas Públicas em Saúde Mental: o caso de São João Del Rei. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 07, n. 02, p. 260-268, jul.-dez., 2014.

PORTAL do Ministério Público do Estado do Amapá. **Promotoria da Saúde faz inspeção na Psiquiatria do HCAL**. Macapá, 17 abr. 2024. Disponível em: <https://www.mpap.mp.br/index.php/noticia/promotoria-da-saude-faz-inspecao-na-psiquiatria-do-hcal>. Acesso em: 03 ago. 2024.

PORTAL do Governo do Estado do amapá. **HE realiza atendimentos psicológicos de urgência e emergência**. Macapá, 09 mai. 2023. Disponível em: [Portal Governo do Amapá - HE realiza atendimentos psicológicos de urgência e emergência](#). Acesso em: 04 ago. 2024.

PORTAL do Governo do Estado do amapá. **Saiba onde procurar atendimento em saúde mental na rede estadual do Amapá**. Macapá, 13 jan. 2021. Disponível em: [Portal Governo do Amapá - Saiba onde procurar atendimento em Saúde Mental na rede estadual do Amapá](#). Acesso em: 02 mai. 2023.

PORTAL do Governo do Estado do amapá. **Regionalização em saúde**. 2024. Disponível em: [SESA - Secretaria da Saúde](#). Acesso em: 10 ago. 2025.

QUINTAS, Renata Martins; AMARANTE, Paulo. A ação territorial do centro de atenção psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/90, p. 99-107, Jan./Dez.2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773010.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.



ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 02-35.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 2000.

SANTOS, Milton. **O retorno do território**. En: **OSAL: Observatorio Social de América Latina**. Buenos Aires. Año 6, n. 16, jun. 2005. CLACSO, 2005. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>. Acesso em: 21 de jun. 2024.

SANTOS, Milton. **A Urbanização Brasileira**. 5 ed. 1. Reimp. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, Marcos Roberto Paixão; NUNES, Monica de Oliveira; Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educ.**, v. 15, n. 38, p. 715-26, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/np4kXMsfFkVmrKFtcG6MRZJ/>. Acesso em: 04 abr. 2024.

SAQUET, Marcos Aurélio; SILVA, Sueli Santos. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Revista Geo UERJ** - Ano 10, v. 2, n.18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/1389/1179> .Acesso em: 17 de abr. 2023.

SILVA, André. **Sem estrutura, psiquiatria do HCAL vira “presídio”** para detentos com transtornos mentais. SelesNafes.com. Macapá, 16 abr. 2023. Disponível em: <https://selesnafes.com/2023/04/sem-estrutura-psiquiatria-do-hcal-vira-presidio-para-detentos-com-transtornos-mentais/>. Acesso: 06 ago. 2024.

SILVA, Aline Basso da; PINHO, Leandro Barbosa de. Território e Saúde Mental: contribuições conceituais da Geografia para o campo psicossocial. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 420-424, mai/jun. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/10091>. Acesso em: 08 jun. 2024.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Depressivas**: as três dimensões da doença do século. 1 ed. - São Paulo; Principium, 2016.

SILVA, Eliane Aparecida Cabral da. **Quando a Terra Avança Como Mercadoria Perde-se o Valor de Uso na Cidade**: Regularização fundiária e a expansão urbana na cidade de Macapá - Amapá. 195 f. Tese (Doutorado) - Curso de Geografia, Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 12 nov. 2023.