



Saúde mental em território urbano: abordagens sobre as políticas públicas em Macapá/AP

Giselly Marília Thalez Pantoja¹ - Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-8706-154X>

Jovenildo Cardoso Rodrigues² - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5650-1168>

Rosemary Ferreira de Andrade³ - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4472-8565>

¹ Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil.*

² Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil**

³ Universidade Federal do Amapá, Macapá/AP, Brasil***

Artigo recebido em 05/11/2024 e aceito em 25/05/2025

RESUMO

De acordo com o Relatório Mundial Sobre Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022) 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 objetivo 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 mental na capital amapaense na segunda década do século XXI. Para o alcance de tal objetivo utilizou-se como metodologia um estudo ecológico epidemiológico de base territorial, que analisou características do território urbano macapaense, assim como as políticas públicas em saúde mental desenvolvidas nas últimas década. Como resultados destacam-se: o crescimento acelerado da população não acompanhado de infraestrutura urbana adequada; a escassez de dados quanto a condição de saúde mental desta população; 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-chaves: transtornos mentais; suicídio; estrutura de saúde; Amapá.

* Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Pará. E-mail: gise_thalez@hotmail.com

** Professor do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Pará. E-mail: jovengeo@yahoo.com.br

*** Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá. E-mail: rosemary.unifap@gmail.com



Mental health in urban territory: approaches to public policies in Macapá/AP

ABSTRACT

According to the World Health Organisation's World Report on Mental Health (WHO, 2022), almost one billion people in the world live with a diagnosable mental disorder and most of these people do not have adequate access to health services. In turn, mental health systems and services remain ill-equipped to meet people's needs, while mental health is considered a basic human right. In Brazil, in order to minimise the damage caused by mental disorders in these populations, public mental health policies have been created and implemented in the most varied territories of the country, such as in the city of Macapá in the state of Amapá, the subject of this research. The main objective of this study is to understand how public mental health policies are being developed in the city of Macapá, given the increase in demand for mental health services in the capital of Amapá in the second decade of the 21st century. To achieve this goal, the methodology used was an ecological epidemiological study with a territorial base, which analysed the characteristics of Macapá's urban territory, as well as the public mental health policies developed in recent decades. The results include: accelerated population growth not accompanied by adequate urban infrastructure; a lack of data on the mental health condition of this population; an increase in suicide death rates in the last decade; and public mental health policies being implemented with some positive advances, but still showing some weaknesses or absences.

Keywords: mental disorders; suicide; health structure; Amapá.

Santé mentale en territoire urbain: approches des politiques publiques à Macapá/AP

RÉSUMÉ

Selon le rapport mondial sur la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022), près d'un milliard de personnes dans le monde vivent avec un trouble mental pouvant être diagnostiqué et la plupart d'entre elles n'ont pas un accès adéquat aux services de santé. Par ailleurs, les systèmes et services de santé mentale restent mal équipés pour répondre aux besoins des personnes, alors que la santé mentale est considérée comme un droit de l'homme fondamental. Au Brésil, afin de minimiser les dommages causés par les troubles mentaux chez ces populations, des politiques publiques de santé mentale ont été créées et mises en œuvre dans les territoires les plus variés du pays, comme dans la ville de Macapá, dans l'État d'Amapá, qui fait l'objet de cette recherche. L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment les politiques publiques de santé mentale sont développées dans la ville de Macapá, étant donné l'augmentation de la demande de services de santé mentale dans la capitale de l'Amapá au cours de la deuxième décennie du XXI^e siècle. Pour atteindre cet objectif, la méthodologie utilisée a été une étude épidémiologique écologique avec une base territoriale, qui a analysé les caractéristiques du territoire urbain de Macapá, ainsi que les politiques publiques de santé mentale développées au cours des dernières décennies. Les résultats sont les suivants : une croissance démographique accélérée qui ne s'accompagne pas d'une infrastructure urbaine adéquate ; un manque de données sur l'état de santé mentale de cette population ; une augmentation des taux de mortalité par suicide au cours de la dernière décennie ; et des politiques publiques de santé mentale mises en œuvre avec quelques avancées positives, mais qui présentent encore des faiblesses ou des absences.

Mots-clés: troubles mentaux; suicide ; établissement de santé ; Amapá.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de atenção à saúde mental no Brasil foi criada no ano 2000 (BRASIL, 2020) e consiste num conjunto de diretrizes e ações adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência a populações que necessitam de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Dentre as populações assistidas tem-se pessoas com necessidades que se relacionam aos transtornos mentais, como ansiedade, esquizofrenia, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno afetivo bipolar, entre outros, assim como pessoas com quadro de uso abusivo e dependência de substâncias como álcool e outras drogas. A política de saúde mental no Brasil é apoiada na Lei 10.216/02, conhecida também como Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004; Brasil, 2020) ou Lei Paulo Delgado, que visa consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária baseado no convívio da família e da comunidade, diferente do antigo modelo que era fundamentado no isolamento e na intensa medicalização dessa população adoecida. Todas as políticas públicas e ações direcionadas a esse público alvo nos estados e municípios têm a Lei Nacional por base, e que nas últimas décadas trouxe alguns avanços, assim como ainda enfrenta muitos desafios.

Nas últimas décadas percebe-se que a nível nacional e mundial, e principalmente após a pandemia de Covid-19, os casos de transtornos mentais se ampliaram e um número maior de pessoas passou a buscar os serviços de saúde ou a falar sobre as condições de saúde mental vivenciadas. Em 2022, foi lançado o Relatório Mundial Sobre Saúde Mental (WHO, 2022) que trouxe informações significativas sobre as condições de saúde mental no mundo, mostrando que essas condições continuam a causar um grande impacto na vida das populações. De acordo com este documento quase um bilhão de pessoas vivem com algum transtorno mental diagnosticável, e a maioria delas não possuem acesso aos serviços de saúde, e esses serviços em parte se encontram mal equipados, principalmente em países de renda média, como o Brasil (WHO, 2022).

Em se tratando do estado do Amapá, nos últimos anos apresentou dados preocupantes sobre os transtornos mentais e as taxas de suicídio. De acordo com o Boletim Epidemiológico (Amapá, 2020) a taxa geral de suicídio no Amapá, acompanha a taxa nacional (de 7,2 óbitos por 100.000 hab.), e no que se refere aos municípios, principalmente Macapá, esse número tem tido aumento significativo nos últimos anos “cuja taxa que em 2016 era de 5,1 óbitos/100.000hab., saltou para 8,2 em 2018 e vem mantendo tendência crescente em 2019, alcançando 9,1 óbitos/100.000hab., elevando o patamar de risco do Estado” (Amapá, 2020, p. 01).

Esse alerta para o patamar de risco no Amapá produz um *start* para que se busque novas pesquisas sobre as condições de saúde mental no território amapaense, visto que não somente no Amapá, mas no Brasil em geral, existem grandes dificuldades de levantamento de informações sobre o quantitativo de pessoas acometidas por esses transtornos, assim como a busca por tratamentos nas suas mais variadas formas. As políticas públicas 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. Nesse sentido, tem-se a seguinte problemática: Como as políticas públicas estão sendo aplicadas para a melhoria das condições de saúde mental da população macapaense em território urbano? Como Hipótese, entende-se que algumas políticas públicas em saúde mental já foram aplicadas em Macapá e contribuíram para o avanço nas estruturas, nas ações e discussões sobre saúde mental, entretanto, aponta-se que este município, mesmo sendo a cidade com a melhor infraestrutura em saúde na sua rede local, apresenta fragilidades no que concerne as estruturas de atendimento de saúde mental, seja pela pouca aplicabilidade ou ausência de algumas políticas públicas que contemplem as problemáticas em saúde mental, seja quanto ao atendimento dos pacientes ou a estrutura física ou da formação de profissionais nessa área.

A cidade de Macapá, selecionada como objeto de investigação deste trabalho, é um território urbano amazônico, localizado no sudeste do estado do Amapá, na foz do Rio Amazonas. Possui uma população de 442.933 habitantes (IBGE, 2022), destas 95% se encontram concentradas na sede municipal, exibindo assim uma população eminentemente urbana. Macapá é uma cidade que sofre de uma macrocefalia urbana, agregando cerca de 59% de toda a população do estado, o que se torna uma problemática por apresentar um crescimento populacional urbano intenso, que não foi acompanhado de forma adequada de infraestrutura nas últimas décadas, sobrecarregando assim os serviços dispostos para a sociedade, principalmente no setor da saúde. O objetivo principal desta pesquisa se concentra em compreender como as políticas públicas de saúde mental estão sendo desenvolvidas no território urbano macapaense para diminuição dos problemas em saúde mental. Para alcançar tais objetivos propostos utilizou-se a metodologia a seguir.

METODOLOGIA

Como trajeto metodológico para este trabalho utilizou-se o estudo ecológico epidemiológico de base territorial, que analisou as políticas públicas implantadas na última década no estado do Amapá, e especificamente no município de Macapá, assim como também foi verificado os dados sobre suicídios no estado e na capital 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, a epidemiologia é o eixo da saúde pública (Rouquayrol; Goldbaum, 2003, p. 17).

Para este estudo foi utilizado como base de dados o Relatório Mundial Sobre Saúde Mental (WHO, 2022); 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). Também foram realizados levantamentos bibliográficos e documentais sobre as principais políticas públicas e programas que atuam na questão da saúde mental no território urbano macapaense.

Para 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.

TERRITÓRIO E SAÚDE

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.

Saquet e Silva (2008) ao revisarem a obra de Santos (2005, 2008) sobre as concepções de Território e Espaço, mostram que a utilização do território pelo povo cria o espaço, que é imutável em seus limites e apresenta mudanças ao longo da história, o território então antecede o espaço. E o

espaço geográfico seria mais complexo e amplo, sendo compreendido como um sistema indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, onde a instância social é uma expressão concreta e histórica. O Território então é um conceito subjacente em sua construção teórico-metodológica, e concebe como um dado fixo, delimitado, uma área.

Contudo, é importante salientar, que 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.

No território da saúde não basta conhecer apenas as características e aspectos físicos de uma área, é necessário conhecimento dos processos de construção desse território, as marcas desenvolvidas pelos homens, a forma como organizam seus fluxos e suas dinâmicas sociais. Só assim será possível conhecer as vidas das populações, assim como suas territorialidades e práticas, sendo o

território e a sociedade inseparáveis do ponto de vista estrutural, funcional e processual (Silva; Pinho, 2015). Para Monken *et al.* (2008) o espaço, habitat, meio é transformado pelo homem através de um processo de construção, que engendra lugares, territórios e ambientes, com determinada identidade e história ecológica, biológica, econômica, comportamental, cultural, entre outras.

Saúde mental e as concepções de território

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 mostra que a geografia crítica no Brasil teve grande influência sobre as análises do território, principalmente 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) aponta 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, tendo uma acepção 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 acepções mostradas por Furtado *et al.* (2016) são utilizadas em várias pesquisas e trabalhos sobre a concepção de território em saúde mental. Sabe-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 Sistema Único de Saúde (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. Entende-se que conhecer os territórios não seja suficiente para o êxito de ações ou políticas públicas em saúde mental, mas é um requisito básico para que se possa conhecer e compreender um pouco desses indivíduos que necessitam de suporte na saúde mental.

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 ainda mostra 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 atende-se as necessidades e especificidades do caso brasileiro, e 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 sanitarista (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 contribui 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, momento 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 destacam-se a seguir 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 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 SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) 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; e em 1999 é criada a Portaria GM nº 1.077 de 24 de agosto (Brasil, 2004), considerando a política nacional de medicamentos, autoriza a implantação de do Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área da saúde mental.

Na década de 2000 destaca-se a criação da Portaria 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 (Brasil, 2004) 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 e 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).

Os CAPS podem ser entendidos como espaços de substituição ao modelo hospitalocêntrico (Santos e Nunes, 2011), que surgem como uma promessa de composição de uma assistência mais articulada ao território a partir da Portaria nº 336/02, capaz de lidar com a necessidade de seus usuários com as demandas que se produzem, afim de que se busque e encontrem soluções para o sofrimento psíquico (Quintas e Amarante, 2008). Em 2002 foi criada a Portaria GM nº 816 de 30 de abril (Brasil, 2004), que busca atender a problemática de álcool e outras drogas, é instituída então no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas (Pontes *et al.*, 2014).

Em 10 de outubro de 2003 cria-se a Portaria GM nº 1946 de 10 de outubro de 2003 (Brasil, 2004), que cria o Grupo de Trabalho com objetivo a elaborar proposta de constituição do Fórum

Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes como espaço de articulação intersetorial. Ainda no mesmo ano é criada a Portaria GM nº 1.947 (Brasil, 2004) com o objetivo de aprovar o Plano Estratégico para expansão dos Centros de Atenção psicossocial para a Infância e Adolescência, os CAPSi. Ambas as portarias são criadas para atender as necessidades desse público, que nos últimos anos tem se ampliado o número de casos de transtornos mentais e suicídios nessas faixas etárias.

Todas as políticas públicas mostradas até aqui consistem em apresentar de forma simplificada os atos legais mais significativos que foram base e que compunham a assistência à saúde mental no Brasil. Entende-se que muitos foram os avanços dessas políticas, como aponta Almeida (2019) como: a drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, a desinstitucionalização foi um processo planejado e progressivo, a diversificação dos atendimentos nos CAPS visando atender as variadas especificidades na saúde mental, e o êxito de programas como o “Volta pra Casa” sendo uma estratégia inovadora da desinstitucionalização. O autor mostra que os progressos alcançados são indiscutíveis, mas em função dos grandes desafios, está longe de ser considerado exitoso, e continuam a subsistir vários desafios de base, fragilidades relevantes, como em relação aos financiamentos que são considerados insuficientes para implantação de alguns componentes da reforma; o desenvolvimento de recursos humanos também considerado um problema significativo; fragilidades apontadas em relação a qualidade de informações produzidas pelos serviços, e entre outras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

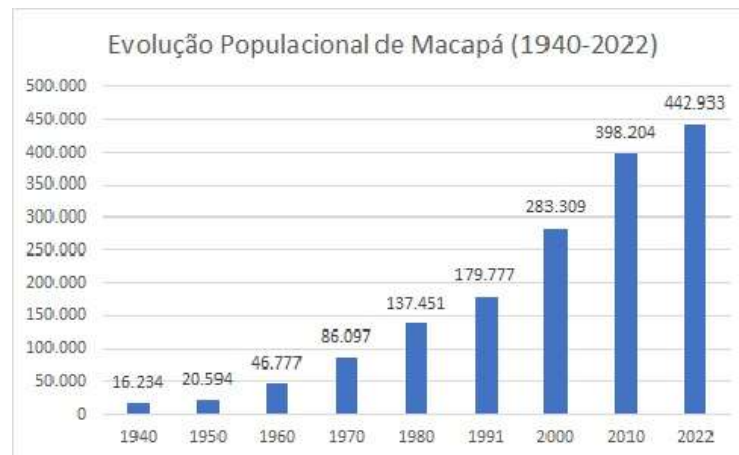
Crescimento Populacional e ausência de infraestrutura básica

Macapá é uma cidade média amazônica, localizada no sudeste do estado do Amapá, na fronteira Setentrional Amazônica, e compõem com mais 15 municípios o estado do Amapá, este estado 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 que não foi acompanhado do crescimento de infraestrutura adequada. Neste crescimento populacional acelerado do estado 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 mais urbanizadas, 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 Macapá apresenta na atualidade 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 determinadas estruturas.

Entre as estruturas de saúde mais significativas implantadas no estado do Amapá e na cidade Macapá destacam-se: Hospital geral de Macapá, que inicialmente foi intitulado de Unidade Sanitária

Mista de Macapá, foi construído entre os anos de 1943 e 1945 e sua inauguração ocorreu em 25 de janeiro de 1949, e em 2003 passou por uma reforma e seu nome foi modificado para “Hospital de Clinicas Alberto Lima (HCAL)”;

a Maternidade Pública, chamada de Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), construída em 1953, e desde sua fundação é a única referência no atendimento de neonatologia e gravidez de risco; o Hospital da Criança e do Adolescente em 2001. Tem o Hospital de Emergência Oswaldo Cruz, que sofreu um processo de reforma e foi entregue em 2023; mais recentemente também foi inaugurado o Hospital Universitário da Unifap (HU), que iniciou suas atividades em 2020, no período mais crítico da pandemia de Covid-19; e também conta com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Macapá, que nos últimos anos aumentou o seu quantitativo, mas outras ainda necessitam de manutenções e melhorias.

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, 2021). Já a capital Macapá neste mesmo ano 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 estado também possui a maior taxa de mortalidade infantil do país, com uma taxa de 20,1 mortes por mil nascidos vivos (Amapá, 2022), e Macapá apresentou uma taxa de 18,84, considerada alta e acima da média nacional.

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 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, e além dos 16 municípios que compõem o Amapá, ainda atende com frequência populações dos municípios de Afuá, Breves e Chaves, pertencentes ao estado do Pará, mas que pela proximidade física buscam atendimento em Macapá ou em Santana, município contíguo.

Quanto aos atendimentos de Saúde Mental sua estrutura divide-se em atendimentos que são realizados pela Prefeitura de Macapá (PMM) e pelo Governo do Estado. Os atendimentos oferecidos pela prefeitura divide-se da seguinte forma: - 32 Unidades Básicas de Saúde oferecem consultas com psicólogos, destas 03 realizam atendimento de urgência e emergência; - Centros Especializados: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Especialidades Dr. Papaléo Paes (Ceppaes), e a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI); - Atendimento Infantil (03 a 12 anos): UBS Perpétuo Socorro, UBS Rubim Aronovich, e Instituto Joel Magalhães (parceria Prefeitura e Ijoma).

Quanto aos atendimentos em saúde mental oferecidos pelo Governo do Estado a estrutura se distribui da seguinte forma: - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que estão distribuídos em 06 municípios do estado, sendo que Macapá possui três unidades; - Psiquiatria do Hospital de Clinicas Alberto Lima (internação); - Hospital de Emergência (HE) - atendimentos de Urgência e Emergência.

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 significativa, e em algumas são encontradas algumas variedades no atendimento como as salas “Coração Azul” que são voltadas especificamente para o atendimento de pessoas com autismo. Quanto aos CAPS o atendimento foi melhorado com a revitalização do CAPS Gentileza no ano de 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. Onde a Promotoria identificou que um dos maiores problemas é a ausência de leitos, já que só existem 13 leitos (masculino/feminino)

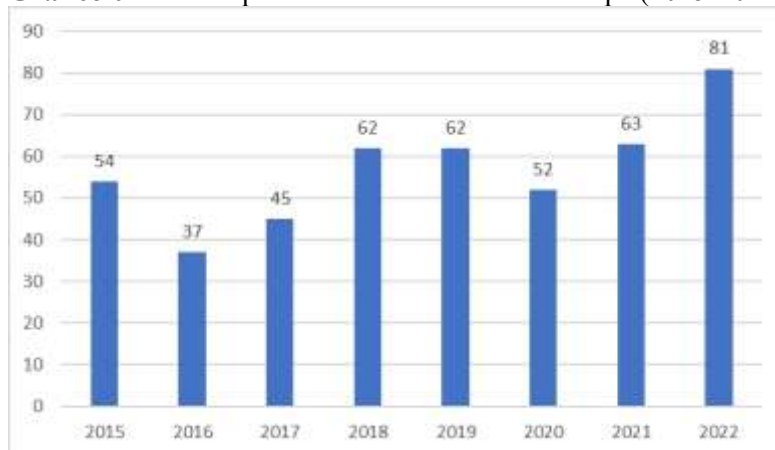
e outra deficiência foi a ausência de profissionais qualificados, mas vale salientar que ocorreram algumas mudanças como melhorias nas instalações físicas (Portal, 2024).

Suicídios em Macapá: a consequência nem sempre anunciada

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.

O suicídio é responsável por mais de uma em cada 100 mortes em todo o mundo, e para cada morte por suicídio ocorrem mais de 20 tentativas de suicídio. Os dados a seguir mostram uma parcela da realidade sobre os índices de suicídios no território amapaense, 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.

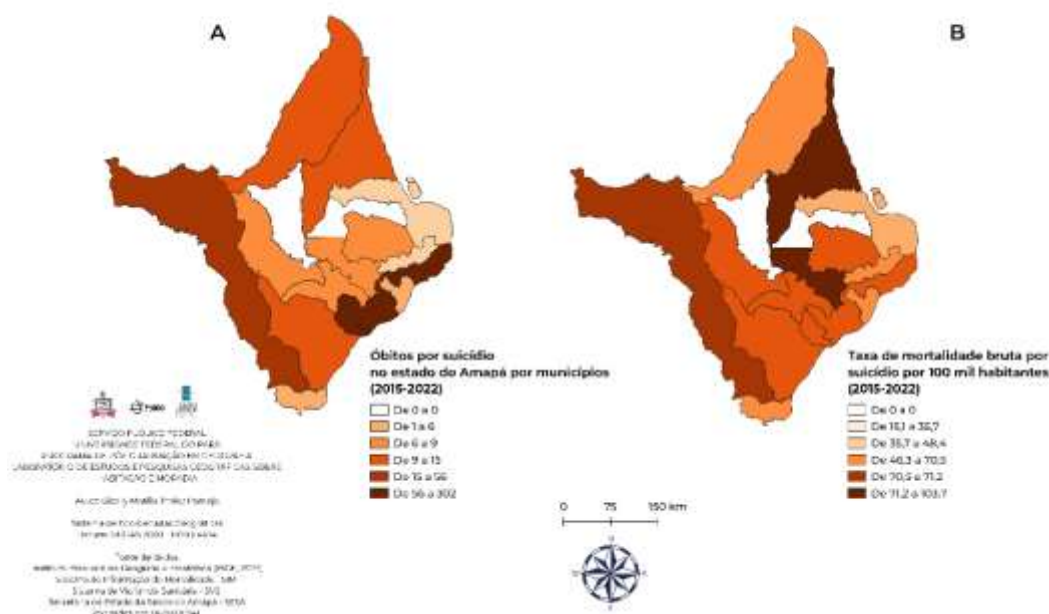
Gráfico 02: Óbitos por suicídio no Estado do Amapá (2015-2022).



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, como mostra o mapa 01 a seguir.

Mapa 01: Distribuição de óbitos por suicídios no estado do Amapá.



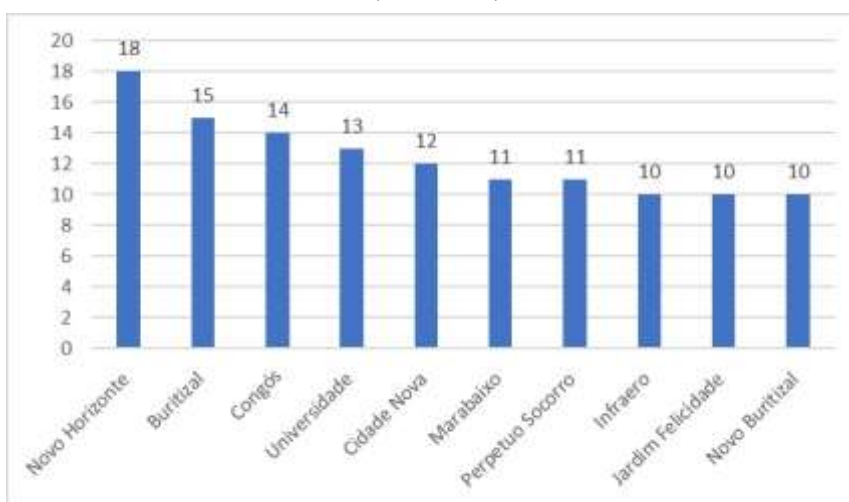
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIM/SVS/SESA/AP (Extraído em 03/2024)

Quanto a distribuição de óbitos por suicídio no Amapá, com maior número destaca-se a capital Macapá, que apresentou entre 2015 e 2022 um total de 302 óbitos por suicídio, seguidos de Santana com 56 óbitos, e Laranjal do Jari apresentando 25 óbitos. Em 2019, Macapá apresentou um índice de suicídios muito elevado, o que contribuiu para o patamar de risco do estado, obtendo um índice de 9,1 óbitos/100.000 hab., com um total de 46 óbitos por suicídio neste ano, mas é importante destacar que em 2022 houve um aumento, com um total de 59 óbitos, e por ocasião desta pesquisa (março/2024) o SIM ainda não havia fechado seus dados referentes ao ano de 2022, ocorrendo esse fechamento

somente em junho/2024. Quanto a distribuição da taxa de mortalidade bruta por suicídio por 100 mil habitantes nesse período, destacam-se os municípios de Calçoene, Ferreira Gomes e Laranjal do Jari, e entre os municípios que não apresentaram casos estão Serra do Navio e Pracuúba.

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).

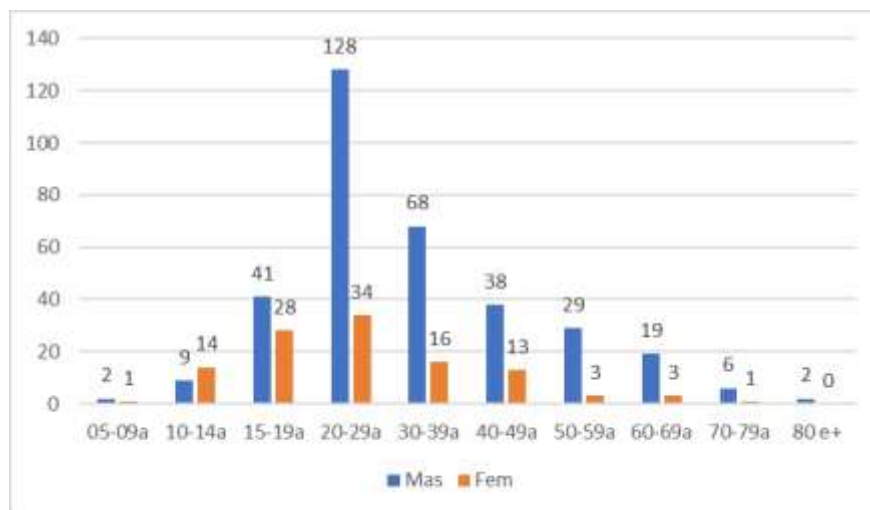


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIM/SVS/SESA/AP (Extraído em 03/2024)

Os bairros que apresentam o maior quantitativo de suicídios em Macapá se localizam em zonas diferenciadas da cidade, assim como características socioeconômicas e ambientais também 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, que também apresenta como característica marcante os elevados índices de violência urbana. 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 apresenta 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 abaixo que entre 2015 e 2022 houve 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)

Entretanto, observando o Gráfico 04, a preocupação se concentra no crescimento das taxas entre 10 a 19 anos, sendo que na faixa de 10 a 14 a maioria desses óbitos por suicídio é de meninas, o que aumenta a preocupação dos órgãos estatais com essa faixa etária. O aumento da precocidade nas mortes por suicídio tem sido uma preocupação global, a infância e a adolescência são tempos de vida altamente suscetíveis as influências ambientais, e dependendo dos ambientes (reais ou virtuais), do cuidado, da aprendizagem, e do apoio, as condições de saúde mental podem ser alteradas ou se manterem saudáveis (WHO, 2022). Um importante dado a ser destacado é a prevalência do transtorno de depressão acometerem mais as meninas na fase da adolescência, para Silva (2016) elas apresentam

o dobro de chances de sofrer de depressão do que os meninos, e essa tendência permanece nas mulheres de forma mais expressiva durante toda a vida adulta.

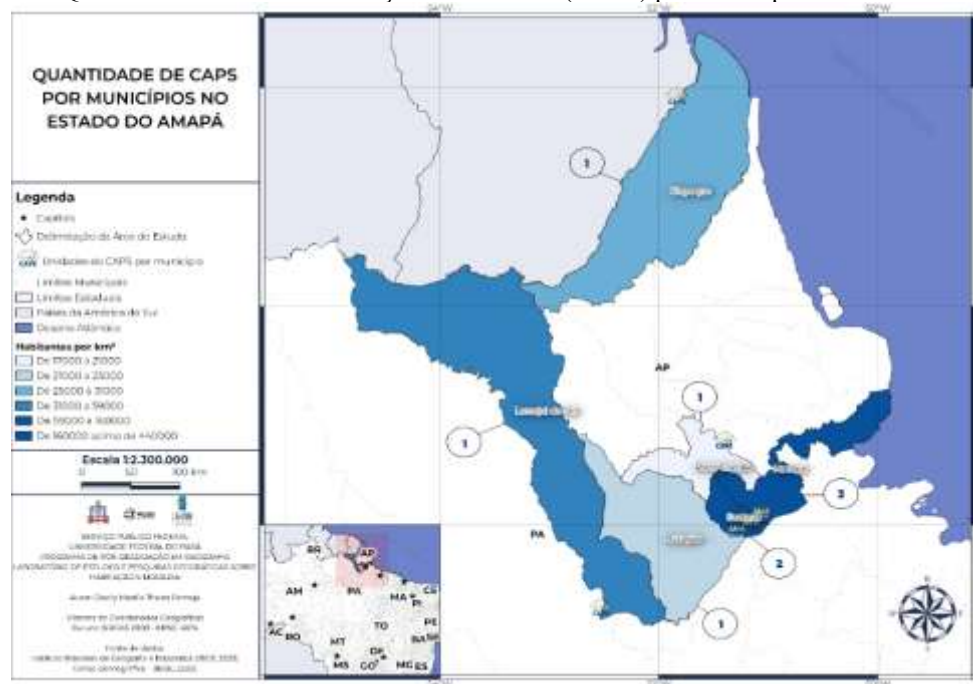
O aumento das taxas de suicídio no Amapá e em Macapá necessita que estudos mais específicos, tanto dos fatores de risco e proteção, da estrutura de saúde, e da atuação das políticas públicas em via de melhorias e redução destes casos. Importante destacar, que a maioria dos suicídios consumados são oriundos de alguma tipologia de transtornos mentais. Nesse sentido, se faz necessário que as políticas e ações atuem na prevenção, diagnóstico e tratamento destes transtornos para que possa ocorrer uma diminuição destes casos, visto que o suicídio é tido como “morte evitável” pelos órgãos de saúde mundial (WHO, 2022), sendo assim, é passível de intervenções que promovam a diminuição de sua ocorrência, pois a maioria absoluta dos casos de suicídio possui causas detectáveis e tratáveis (Silva, 2016).

Políticas Públicas em Saúde Mental: avanços e fragilidades

O percurso das políticas em saúde mental no Brasil é longo e angustiante, pautado em períodos de verdadeiro horror, de enclausuramento e de práticas desumanas na tentativa de tratamento destes pacientes, tais políticas foram modificando seus perfis com o passar das décadas e trazendo uma forma mais humanizada de tratamento, mesmo que estas políticas andem a passos lentos visualiza-se alguns avanços no Brasil. A construção das políticas de saúde mental no país está intrinsicamente enraizada com o sistema econômico, político e social vigente, delimitando assim o seu caráter histórico (Nabarrete; Bastos, 2023).

A atenção em saúde mental no Brasil é prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é composta por serviços que englobam componentes 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 estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. 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 será mostrado um pouco dessa realidade.

Mapa 02: Quantidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por municípios no Estado do Amapá.



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.

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 somente cinco municípios foram contemplados com as unidades dos CAPS, ou seja, o serviço, mesmo que precário não chega a todos os municípios, e é importante 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.

Sobre a Enfermaria Psiquiátrica do HCAL, é um local de internação provisória, visto a Lei Antimanicomial de 2001, Lei nº 10.216/2001, (Brasil, 2004), e como já foi mostrado acima, sua infraestrutura é deficitária e também conta com ausência de profissionais qualificados para área de saúde mental, embora nos últimos anos tenham sido realizados pequenos reparos, ainda necessita de avanços para atender de forma adequada tais pacientes. 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 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.

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, é a maior campanha anti-estigma do mundo (Setembro, 2024). 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).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as principais conclusões que se chegam com este trabalho, destacam-se:

- 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 ser destaca as problemáticas na saúde;

- 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, principalmente na sistemática de saúde.

- As informações sobre as condições de saúde mental no Amapá e em 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;

- 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;

- A estrutura de atendimento a questão de saúde mental ainda é precária em Macapá, seja na oferta de serviços (no público ou no privado), seja na oferta de profissionais, seja no atendimento de urgência, seja na coleta de dados, ou nos atendimentos em outros municípios, ou até mesmo na ausência desta estrutura;

- 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.

AGRADECIMENTOS

- À Michele Maleamá Sfair, colaboradora da (CVS/AMAPÁ), por ajudar na disponibilização dos dados sobre óbitos por suicídio.

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/SVS. **Boletim Epidemiológico N. 02** - 31/08/2020.

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. **Saúde mental**. Brasília, 24 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 14 jul. 2024

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.

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 1991**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25089-censo-1991-6.html>. Acesso em: 24 mai. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/administracao-publica-e-participacao-politica/9663-censo-demografico-2000.html>. Acesso em: 24 mai. 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.

MONKEN, Mauricio; PEITER, Paulo; BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez; NAVARRO, Marli. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NABARRETE, Luiza Maria de Souza; BASTOS, Paulo Roberto Raidamus de Oliveira. A construção e contextualização das políticas públicas em saúde mental. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, p. 10181-10202, jul. 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/1118/869>. Acesso em: 12 ago. 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.

QUINTAS, Renata Martins Quintas; 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 territorio**. 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 experiencia 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.

SETEMBRO Amarelo: mês de prevenção ao suicídio. **Associação Brasileira de Psiquiatria**. 2024. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

SILVA, André. **Sem estrutura, psiquiatria do HCAL vira “presidio” 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.