

TERRITÓRIO, EQUIDADE E SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DA COBERTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO ESTADO DO AMAPÁ

TERRITORY, EQUITY, AND MENTAL HEALTH: ANALYSIS OF THE COVERAGE OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK FOR QUILOMBOLA COMMUNITIES IN THE STATE OF AMAPÁ

TERRITORIO, EQUITAD Y SALUD MENTAL: ANÁLISIS DE LA COBERTURA DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DEL ESTADO DE AMAPÁ

Cláudio Afonso Soares¹
Piedade Lino Videira²
Elivaldo Serrão Custódio³

RESUMO: A organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui um dos principais eixos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como fundamento a territorialização do cuidado e a garantia do acesso aos serviços de saúde mental. Entretanto, em estados amazônicos, a simples distribuição administrativa dos serviços especializados pode não assegurar acesso equitativo às populações tradicionais. Este estudo teve como objetivo analisar a cobertura territorial da Rede de Atenção Psicossocial em relação à distribuição das comunidades quilombolas no Estado do Amapá, identificando potencialidades, desigualdades e desafios para a promoção da equidade no acesso ao cuidado em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza documental, com delineamento exploratório e descritivo-analítico, fundamentada na análise de documentos oficiais, dados do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, documentos da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá e legislação referente à organização da RAPS. Como estratégia metodológica, foi desenvolvido o Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS), estruturado nas dimensões de cobertura assistencial, cobertura territorial, acessibilidade potencial, equidade territorial e vulnerabilidade territorial. Os resultados evidenciaram que a população quilombola encontra-se distribuída em 11 dos 16 municípios do estado, enquanto os Centros de Atenção Psicossocial concentram-se em cinco municípios, produzindo situações de dependência regional e potenciais vazios assistenciais territoriais. O estudo propõe o conceito de Equidade Territorial em Saúde Mental como referencial para o planejamento da atenção psicossocial em contextos amazônicos e apresenta o MAET-RAPS como instrumento analítico para avaliação da cobertura territorial da RAPS, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais sensíveis às especificidades geográficas, socioculturais e étnico-raciais das comunidades quilombolas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Comunidades Quilombolas. Equidade em Saúde. Território. Amazônia.

¹ Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Macapá.

² Docente do Curso de Pedagogia da Universidade Federal do Amapá.

³ Docente do curso de Licenciatura em Matemática da Universidade do Estado do Amapá.

ABSTRACT: The organization of the Psychosocial Care Network (RAPS) constitutes one of the main pillars of the Brazilian Psychiatric Reform, grounded in the territorialization of care and the guarantee of access to mental health services. However, in Amazonian states, the mere administrative distribution of specialized services may not ensure equitable access for traditional populations. This study aimed to analyze the territorial coverage of the Psychosocial Care Network in relation to the distribution of Quilombola communities in the State of Amapá, identifying strengths, inequalities, and challenges for promoting equity in access to mental health care. This is a qualitative, documentary study with an exploratory and descriptive-analytical design, based on the analysis of official documents, data from the 2022 Demographic Census conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), documents from the Health Department of the State of Amapá, and legislation related to the organization of the Psychosocial Care Network. As a methodological strategy, the Territorial Equity Analysis Model for the Psychosocial Care Network (MAET-RAPS) was developed, structured around the dimensions of service coverage, territorial coverage, potential accessibility, territorial equity, and territorial vulnerability. The results showed that the Quilombola population is distributed across 11 of the 16 municipalities in the state, whereas Psychosocial Care Centers (CAPS) are concentrated in only five municipalities, resulting in situations of regional dependency and potential territorial service gaps. The study proposes the concept of Territorial Equity in Mental Health as a framework for planning psychosocial care in Amazonian contexts and presents the MAET-RAPS as an analytical tool for assessing the territorial coverage of the Psychosocial Care Network, contributing to the development of public policies that are more responsive to the geographical, sociocultural, and ethnic-racial specificities of Quilombola communities.

Keywords: Mental Health. Psychosocial Care Network. Quilombola Communities. Health Equity. Territory. Amazon.

RESUMEN: La organización de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) constituye uno de los principales ejes de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, fundamentada en la territorialización del cuidado y en la garantía del acceso a los servicios de salud mental. Sin embargo, en los estados amazónicos, la simple distribución administrativa de los servicios especializados puede no garantizar un acceso equitativo a las poblaciones tradicionales. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la cobertura territorial de la Red de Atención Psicosocial en relación con la distribución de las comunidades quilombolas en el estado de Amapá, identificando potencialidades, desigualdades y desafíos para promover la equidad en el acceso a la atención en salud mental. Se trata de una investigación cualitativa, de naturaleza documental, con un diseño exploratorio y descriptivo-analítico, fundamentada en el análisis de documentos oficiales, datos del Censo Demográfico de 2022 del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), documentos de la Secretaría de Estado de Salud de Amapá y la legislación referente a la organización de la Red de Atención Psicosocial. Como estrategia metodológica, se desarrolló el Modelo de Análisis de la Equidad Territorial de la Red de Atención Psicosocial (MAET-RAPS), estructurado en las dimensiones de cobertura asistencial, cobertura territorial, accesibilidad potencial, equidad territorial y vulnerabilidad territorial. Los resultados evidenciaron que la población quilombola se distribuye en 11 de los 16 municipios del estado, mientras que los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) se concentran en cinco municipios, generando situaciones de dependencia regional y potenciales vacíos asistenciales territoriales. El estudio propone el concepto de Equidad Territorial en Salud Mental como marco de referência para la planificación de la atención psicosocial en contextos amazónicos y presenta el MAET-RAPS como una herramienta analítica para evaluar la cobertura territorial de la Red de Atención Psicosocial, contribuyendo a la formulación de políticas públicas más sensibles a las especificidades geográficas, socioculturales y étnico-raciales de las comunidades quilombolas.

Palabras clave: Salud Mental. Red de Atención Psicosocial. Comunidades Quilombolas. Equidad en Salud. Territorio. Amazonía.

INTRODUÇÃO

A organização da atenção em saúde mental no Brasil passou por profundas transformações a partir da Reforma Psiquiátrica, que deslocou progressivamente o cuidado centrado na internação hospitalar para uma perspectiva territorial, comunitária e orientada pela garantia de direitos. Nesse processo, a Rede de Atenção Psicossocial foi estruturada como um conjunto articulado de serviços destinado ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial ocupam posição estratégica nessa rede, especialmente por sua função de cuidado continuado, acompanhamento multiprofissional, articulação comunitária e substituição progressiva do modelo manicomial.

Entretanto, a presença formal de serviços em determinado município não assegura, por si só, acesso equitativo à atenção psicossocial. Em territórios amazônicos, a análise da cobertura precisa considerar as grandes distâncias geográficas, as limitações de transporte, a presença de rios, estradas não pavimentadas, ramais, áreas rurais dispersas e desigualdades históricas na distribuição dos equipamentos públicos. Além das barreiras espaciais, o acesso aos serviços de

3

saúde mental também pode ser condicionado por fatores econômicos, raciais, culturais e institucionais, que afetam de maneira diferenciada populações tradicionais, indígenas, ribeirinhas e quilombolas.

No Estado do Amapá, essa discussão assume particular relevância. O Censo Demográfico de 2022 identificou 12.524 pessoas quilombolas, correspondentes a 1,71% da população estadual. Desse total, 4.701 pessoas, equivalentes a 37,54%, residiam em territórios quilombolas oficialmente delimitados, enquanto 7.823, ou 62,46%, viviam fora desses territórios. A população quilombola foi registrada em onze municípios amapaenses, com maior concentração em Macapá, Mazagão e Santana. O levantamento também indicou a existência de dezenas de comunidades certificadas e territórios formalmente delimitados, evidenciando a amplitude e a diversidade da presença quilombola no estado.

Essa distribuição territorial encontra-se associada a contextos socioambientais marcados por conflitos fundiários, insegurança na titulação das terras, expansão de atividades econômicas, pressão sobre recursos naturais e desigualdades no acesso às políticas públicas.

Estudo recente sobre os territórios quilombolas do Amapá aponta que parte expressiva dessas comunidades se localiza em áreas de savana amazônica, florestas e regiões suscetíveis a inundações, estando exposta a diferentes formas de vulnerabilidade territorial e institucional. Tais condições não devem ser compreendidas apenas como problemas ambientais ou fundiários, pois também podem repercutir sobre os vínculos comunitários, a segurança coletiva, os modos de vida e os processos de produção de sofrimento psíquico.

A saúde mental da população quilombola, nessa perspectiva, não pode ser reduzida à presença ou ausência de transtornos individuais. Ela precisa ser analisada em sua relação com o território, a memória coletiva, a ancestralidade, o racismo estrutural, a violência institucional, a proteção comunitária e a continuidade dos modos tradicionais de existência. O território não representa apenas uma delimitação geográfica. Constitui espaço de pertencimento, produção cultural, organização social, transmissão de saberes e sustentação das redes comunitárias de cuidado. A perda, a fragmentação ou a precarização desse território pode, portanto, produzir impactos psicossociais que não são suficientemente apreendidos por modelos clínicos descontextualizados.

Apesar da expressiva presença quilombola, a Rede de Atenção Psicossocial do Amapá permanece distribuída de maneira desigual entre os municípios. Os documentos da Secretaria de Estado da Saúde indicam a concentração de diferentes modalidades de CAPS em Macapá, além da presença de serviços em Santana, Porto Grande, Mazagão, Oiapoque e Laranjal do Jari. Ferreira Gomes possui serviço em processo de implantação. Em contrapartida, municípios com população quilombola registrada, como Calçoene, Itaubal, Tartarugalzinho e Vitória do Jari, não dispõem de CAPS próprio segundo a relação institucional analisada.

A existência de um CAPS no município também não significa necessariamente que todas as comunidades quilombolas tenham acesso efetivo ao serviço. Entre a localização administrativa do equipamento e o cuidado concretamente recebido existem fatores como distância, custo de deslocamento, disponibilidade de transporte sanitário, condições das vias, horários de funcionamento, capacidade das equipes, continuidade do acompanhamento, estigma e adequação cultural das práticas profissionais. Em algumas situações, o usuário pode residir formalmente em um município contemplado pela RAPS, mas estar territorialmente distante da sede municipal ou depender de deslocamentos demorados e onerosos para alcançar o serviço.

As portarias estaduais que organizam o atendimento em crises de saúde mental demonstram esforços recentes de regionalização, regulação de leitos, definição de portas de entrada e articulação entre hospitais, unidades de urgência, atenção básica e CAPS. A Portaria nº 0432/2022-SESA estabeleceu fluxos entre unidades hospitalares e serviços de saúde mental, enquanto a Portaria nº 0727/2025-SESA atualizou a organização do atendimento, ampliou a responsabilidade das unidades de urgência e determinou o encaminhamento dos usuários aos diferentes pontos da RAPS após a estabilização.

Embora essas normas representem avanços na estruturação da assistência, a regionalização administrativa da rede não deve ser confundida com equidade territorial. Regionalizar significa distribuir responsabilidades e organizar referências entre serviços. A equidade territorial exige algo além: reconhecer que populações situadas em contextos geográficos, culturais e históricos distintos necessitam de estratégias diferenciadas para alcançar o mesmo direito ao cuidado.

Nesse sentido, propõe-se neste estudo a noção de equidade territorial em saúde mental, compreendida como a capacidade da Rede de Atenção Psicossocial de organizar serviços, fluxos, recursos e práticas profissionais de acordo com as desigualdades geográficas, socioculturais e étnico-raciais existentes no território. Essa concepção desloca a avaliação da cobertura para além da contagem de equipamentos e da razão entre serviços e habitantes. Uma rede pode apresentar cobertura administrativa e, simultaneamente, manter barreiras que limitam sua acessibilidade material, cultural e relacional.

No contexto quilombola, a equidade territorial requer que a organização da RAPS considere a localização das comunidades, os meios de deslocamento, os vínculos comunitários, as práticas tradicionais de cuidado, a participação das lideranças locais e os efeitos psicossociais do racismo, dos conflitos territoriais e das desigualdades históricas. Também pressupõe articulação entre CAPS, atenção primária, agentes comunitários, assistência social, escolas, associações quilombolas e demais redes locais de proteção.

Apesar da relevância dessas questões, ainda são escassos os estudos que relacionam a distribuição territorial da população quilombola à cobertura dos serviços especializados de saúde mental no Amapá. Essa lacuna dificulta a identificação de vazios assistenciais e limita a formulação de estratégias regionalizadas capazes de responder às singularidades dos territórios amazônicos. A análise da correspondência entre presença quilombola e localização dos serviços

pode, portanto, fornecer subsídios para o planejamento da RAPS, para o fortalecimento da atenção básica e para a implementação de ações itinerantes e interculturais.

Diante desse cenário, o presente estudo parte da seguinte questão: como a distribuição territorial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Amapá se relaciona com a localização da população e das comunidades quilombolas, e quais desafios essa configuração impõe à promoção da equidade no acesso ao cuidado em saúde mental?

O objetivo geral consiste em analisar a cobertura territorial da Rede de Atenção Psicossocial em relação à distribuição da população quilombola nos municípios do Estado do Amapá, identificando potencialidades, desigualdades e desafios para a garantia do acesso equitativo aos serviços especializados de saúde mental.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza documental, com delineamento exploratório e descritivo-analítico, desenvolvida a partir da integração entre análise documental, análise territorial e análise espacial da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em relação à distribuição das comunidades quilombolas do Estado do Amapá. A opção por esse delineamento fundamenta-se na compreensão de que a organização das políticas públicas de saúde mental deve ser analisada não apenas a partir de sua estrutura normativa, mas também de sua materialização no território, considerando os diferentes contextos geográficos, sociais e culturais que condicionam o acesso da população aos serviços especializados.

A pesquisa documental constituiu o principal procedimento metodológico por possibilitar o exame sistemático de documentos produzidos por instituições públicas, permitindo compreender processos administrativos, diretrizes governamentais e formas de organização das políticas públicas. Conforme destaca Cellard (2008), os documentos oficiais representam fontes primárias capazes de revelar concepções, prioridades institucionais e escolhas políticas, exigindo análise crítica de sua origem, finalidade, contexto de produção e conteúdo. Nessa perspectiva, a investigação ultrapassa a simples descrição normativa, buscando interpretar como a distribuição territorial dos serviços especializados dialoga com as características demográficas e territoriais das comunidades quilombolas amapaenses. Complementarmente, Kripka, Scheller e Bonotto (2015) ressaltam que a pesquisa documental

constitui importante estratégia para compreender fenômenos sociais complexos quando desenvolvida mediante análise contextualizada das fontes institucionais.

A abordagem qualitativa adotada fundamenta-se na concepção de Minayo (2021), segundo a qual os fenômenos sociais devem ser compreendidos em seus contextos históricos, culturais e políticos, valorizando as relações estabelecidas entre os sujeitos, os territórios e as políticas públicas. Nesse sentido, a distribuição da Rede de Atenção Psicossocial foi interpretada para além de sua dimensão administrativa, considerando que a simples existência de serviços especializados em determinado município não assegura, por si só, acesso equitativo ao cuidado em saúde mental.

A análise territorial desenvolvida neste estudo apoia-se na compreensão de território proposta por Milton Santos (2006), para quem o espaço geográfico constitui uma construção histórica produzida pelas relações sociais, econômicas, culturais e políticas estabelecidas ao longo do tempo. Essa perspectiva desloca a análise do território como mera delimitação cartográfica para compreendê-lo como espaço vivido, permeado por relações de poder, pertencimento, circulação e produção da vida social. Tal concepção mostra-se particularmente relevante para o contexto amazônico, onde as grandes distâncias geográficas, a predominância de deslocamentos fluviais, a dispersão populacional e a presença de comunidades tradicionais produzem formas específicas de acesso às políticas públicas. Em diálogo com essa perspectiva, Haesbaert (2014) amplia a compreensão da territorialidade ao destacar que diferentes grupos sociais estabelecem múltiplas formas de apropriação, identidade e pertencimento em relação aos seus territórios, aspecto fundamental para a compreensão das comunidades quilombolas.

No campo da Saúde Coletiva, o estudo adota como referência os princípios organizadores do Sistema Único de Saúde, especialmente a universalidade, a integralidade, a regionalização e a equidade, compreendendo que a organização da Rede de Atenção Psicossocial deve responder às necessidades específicas dos diferentes territórios (Paim, 2015; Campos, 2018). Essa perspectiva aproxima-se das contribuições de Amarante (2007), ao compreender a Reforma Psiquiátrica como um processo que desloca o cuidado em saúde mental do hospital para o território, valorizando práticas comunitárias, redes de cuidado e estratégias de inclusão social. Assim, avaliar a cobertura territorial da RAPS implica reconhecer que a efetividade da rede depende não apenas da quantidade de serviços disponíveis, mas também de sua capacidade de garantir acesso oportuno, contínuo e culturalmente adequado às populações atendidas.

O corpus documental foi constituído por documentos oficiais produzidos entre 2019 e 2025, selecionados em função de sua relevância para a organização da assistência em saúde mental e para a caracterização da população quilombola no Estado do Amapá. Foram analisados os dados do Censo Demográfico 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), especialmente aqueles referentes à distribuição municipal da população quilombola, localização dos territórios oficialmente delimitados e características demográficas das comunidades. Também integraram o corpus os documentos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde relativos à Rede de Atenção Psicossocial, incluindo a relação oficial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Portarias nº 0432/2022 e nº 0727/2025, além da legislação estadual relacionada à saúde mental, composta pelas Leis nº 2.469/2019, nº 3.193/2025 e nº 3.375/2025, bem como pelo Decreto nº 2.229/2025.

A unidade analítica correspondeu aos municípios amapaenses que apresentaram população quilombola registrada pelo Censo Demográfico de 2022. Para cada município foram sistematizadas informações referentes à presença de comunidades quilombolas, quantitativo populacional, existência ou ausência de Centros de Atenção Psicossocial, modalidade do serviço ofertado e inserção na organização regional da Rede de Atenção Psicossocial. Essas informações foram organizadas em banco de dados próprio, permitindo a construção de quadros comparativos e mapas temáticos destinados à análise integrada da distribuição espacial dos serviços especializados e das comunidades quilombolas.

8

Os procedimentos analíticos desenvolveram-se em quatro etapas complementares. Inicialmente realizou-se a organização e sistematização do corpus documental, seguida pelo levantamento da distribuição territorial dos serviços especializados em saúde mental existentes no Estado do Amapá. Posteriormente, procedeu-se à elaboração de mapas temáticos integrando os dados demográficos do IBGE e a localização dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, possibilitando visualizar espacialmente a correspondência entre a oferta de serviços especializados e a distribuição das comunidades quilombolas. Por fim, realizou-se a interpretação crítica dos resultados mediante articulação entre a literatura da Saúde Coletiva, da Geografia Humana e das políticas públicas de saúde mental.

A interpretação dos dados fundamentou-se na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), articulada aos princípios da análise documental descritos por Cellard (2008). Essa estratégia possibilitou identificar padrões de distribuição territorial, convergências entre a

localização dos serviços e das comunidades quilombolas, bem como possíveis vazios assistenciais decorrentes da organização espacial da Rede de Atenção Psicossocial. A interpretação dos achados não se restringiu à identificação da existência formal dos equipamentos públicos, mas buscou compreender suas implicações para a garantia do direito ao cuidado em saúde mental em territórios marcados por desigualdades históricas e socioespaciais.

Como contribuição metodológica, este estudo propõe o Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS), desenvolvido a partir da integração de referenciais da Saúde Coletiva, da Geografia da Saúde, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos estudos sobre equidade em saúde. O modelo foi construído para sistematizar a análise da cobertura territorial da RAPS em contextos amazônicos, articulando informações documentais, cartográficas e territoriais em uma estrutura analítica única. Para isso, organiza-se em cinco dimensões interdependentes: cobertura assistencial, cobertura territorial, acessibilidade potencial, equidade territorial e vulnerabilidade territorial. Essa estrutura permite analisar simultaneamente a distribuição dos serviços especializados, a organização regional da rede, as características do território e as condições concretas de acesso vivenciadas pelas populações tradicionais. Diferentemente das abordagens convencionais, centradas predominantemente na disponibilidade de equipamentos de saúde, o MAET-RAPS incorpora a dimensão territorial como elemento constitutivo da avaliação da cobertura da RAPS, oferecendo um referencial analítico potencialmente aplicável a outros estados amazônicos e a diferentes territórios tradicionais.

9

O MAET-RAPS deve ser compreendido como um modelo analítico de natureza exploratória, desenvolvido para esta investigação. Sua aplicação neste estudo constitui uma etapa inicial de demonstração metodológica, sendo recomendados estudos posteriores destinados à validação de conteúdo, à avaliação de sua aplicabilidade em diferentes contextos territoriais e ao aperfeiçoamento de seus indicadores.

A operacionalização do modelo ocorreu mediante estratégia de triangulação documental-cartográfica, conforme proposta por Minayo (2021), integrando três conjuntos de informações: os dados demográficos e territoriais produzidos pelo IBGE, os documentos normativos e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde e os mapas temáticos elaborados especificamente para esta pesquisa. A triangulação permitiu confrontar a distribuição espacial das comunidades quilombolas com a localização dos serviços especializados em saúde mental, favorecendo a

identificação de padrões territoriais de cobertura, áreas de concentração assistencial, municípios parcialmente cobertos e potenciais vazios assistenciais.

Como desdobramento analítico do modelo, propõe-se o conceito de Equidade Territorial em Saúde Mental, entendido como a capacidade da Rede de Atenção Psicossocial de organizar seus serviços de maneira compatível com as características geográficas, sociais, culturais e étnico-raciais dos territórios onde se inserem seus usuários. Nessa perspectiva, a avaliação da cobertura deixa de considerar exclusivamente a presença formal de equipamentos públicos e passa a incorporar as condições efetivas de acesso ao cuidado especializado. Associado a esse conceito, introduz-se a noção de Vazio Assistencial Territorial em Saúde Mental, definida como a situação em que populações residentes em determinado território, embora formalmente vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial, enfrentam barreiras geográficas, territoriais, institucionais ou socioculturais que restringem significativamente o acesso contínuo e oportuno aos serviços especializados. Esses conceitos constituem uma proposta teórico-metodológica destinada a ampliar as possibilidades de análise da organização da atenção psicossocial em contextos amazônicos, podendo ser aplicada em estudos futuros envolvendo comunidades quilombolas, povos indígenas, populações ribeirinhas e demais grupos tradicionais.

Por tratar-se de pesquisa desenvolvida exclusivamente com documentos públicos, dados secundários e informações oficiais de acesso aberto, sem participação direta de seres humanos ou utilização de dados individualmente identificáveis, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com o disposto na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Da Reforma Psiquiátrica à territorialização do cuidado em saúde mental

A Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui um dos mais importantes movimentos de transformação das políticas públicas de saúde nas últimas décadas, representando uma ruptura progressiva com o modelo hospitalocêntrico e asilar que, durante grande parte do século XX, orientou a assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Inspirada nas experiências da Psiquiatria Democrática Italiana, especialmente nas contribuições de Franco Basaglia, a reforma propôs uma mudança paradigmática que deslocou o foco do tratamento centrado na

doença para um cuidado territorial, comunitário e fundamentado na defesa dos direitos humanos (Basaglia, 1985).

Segundo Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica não pode ser compreendida apenas como um processo de reorganização administrativa dos serviços de saúde mental. Trata-se de uma transformação ética, política, epistemológica e cultural que questiona os fundamentos do paradigma manicomial, propondo novas formas de compreender o sofrimento psíquico, o cuidado e a inserção social das pessoas com transtornos mentais. Nessa perspectiva, o território deixa de representar apenas o espaço físico onde os serviços estão instalados e passa a constituir o principal cenário de produção do cuidado.

Essa compreensão aproxima-se das contribuições de Saraceno (1999), para quem a desinstitucionalização não se resume ao fechamento de hospitais psiquiátricos, mas implica reconstruir vínculos sociais, ampliar a autonomia dos sujeitos e fortalecer redes comunitárias capazes de sustentar processos de inclusão social. O cuidado em saúde mental, portanto, desloca-se da lógica do isolamento para uma perspectiva que reconhece a importância das relações sociais, familiares, culturais e territoriais na produção da saúde.

No Brasil, esse movimento consolidou-se institucionalmente por meio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e fortaleceu a construção de uma rede comunitária de cuidados. Posteriormente, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088/2011, ampliou esse processo ao organizar um conjunto articulado de serviços destinados à promoção da atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumiram papel estratégico como principal dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Mais do que unidades especializadas, os CAPS passaram a exercer funções de coordenação do cuidado, articulação intersetorial, apoio matricial, acompanhamento longitudinal e fortalecimento das redes comunitárias de atenção (Amarante, 2007; Campos, 2018).

Merhy (2002) argumenta que a efetividade dessas redes depende da produção do cuidado no cotidiano dos territórios, valorizando tecnologias leves, relações interpessoais, acolhimento e construção compartilhada de projetos terapêuticos. Nessa perspectiva, o cuidado em saúde

mental deixa de ser entendido como um conjunto de procedimentos técnicos isolados e passa a constituir um processo relacional desenvolvido no interior das comunidades.

Entretanto, a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial também trouxe novos desafios para o planejamento das políticas públicas. A simples implantação de serviços especializados não garante, necessariamente, acesso universal ou equitativo. Em estados marcados por extensas áreas territoriais, baixa densidade demográfica e grande dispersão populacional, como ocorre na Amazônia, a distribuição espacial dos equipamentos públicos torna-se um fator determinante para a efetividade da assistência.

Assim, compreender a organização territorial da Rede de Atenção Psicossocial exige ultrapassar análises centradas exclusivamente no número de serviços existentes. Torna-se necessário investigar de que maneira esses equipamentos se distribuem no território, quais populações conseguem acessá-los e como as desigualdades geográficas, econômicas e socioculturais influenciam a concretização do direito à saúde mental.

Essa discussão conduz à necessidade de aprofundar o próprio conceito de território. Se a Reforma Psiquiátrica deslocou o cuidado do hospital para o território, torna-se imprescindível compreender o que se entende por território e quais implicações essa categoria possui para a organização das políticas públicas de saúde mental.

2.2 Território como categoria analítica na Saúde Coletiva

A crescente valorização do território nas políticas públicas de saúde representa uma das principais transformações ocorridas nas últimas décadas, especialmente após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse contexto, o território deixou de ser compreendido apenas como uma delimitação geográfica ou administrativa e passou a constituir uma categoria analítica fundamental para o planejamento, a organização e a avaliação das ações em saúde. Essa mudança decorre do reconhecimento de que os processos de adoecimento, cuidado e produção da saúde são profundamente influenciados pelas condições sociais, culturais, econômicas, ambientais e políticas que caracterizam os diferentes espaços onde as pessoas vivem.

Milton Santos (2006) foi um dos principais responsáveis por ampliar essa compreensão ao definir o território como um espaço socialmente produzido, resultado das relações históricas entre sociedade, natureza, técnica, economia e poder. Para o autor, o território não corresponde

apenas ao espaço físico ocupado por uma população, mas ao conjunto de objetos, práticas e relações que conferem significado ao lugar. Assim, compreender um território significa analisar as formas pelas quais diferentes grupos sociais constroem modos de vida, estabelecem relações de pertencimento, organizam redes de solidariedade e acessam bens e serviços públicos.

Essa concepção rompe com interpretações estritamente cartográficas e aproxima o território das experiências concretas vividas pelas populações. Em vez de representar um cenário neutro onde as políticas públicas são implementadas, o território passa a ser compreendido como elemento constitutivo da própria produção da saúde. Nesse sentido, condições como isolamento geográfico, disponibilidade de transporte, infraestrutura urbana, características ambientais e organização comunitária tornam-se determinantes da capacidade dos indivíduos de acessar serviços públicos e exercer seus direitos sociais.

Haesbaert (2014) amplia essa discussão ao introduzir o conceito de multiterritorialidade, argumentando que indivíduos e grupos sociais estabelecem simultaneamente diferentes formas de pertencimento e apropriação do espaço. Para o autor, o território envolve dimensões materiais e simbólicas, articulando relações de identidade, memória, cultura e poder. Essa perspectiva mostra-se particularmente relevante para compreender comunidades quilombolas, cuja relação com a terra ultrapassa seu valor econômico e constitui elemento fundamental de preservação da ancestralidade, da organização social e da reprodução cultural.

13

Complementando essa abordagem, Raffestin (1993) compreende o território como resultado das relações de poder estabelecidas pelos diferentes atores sociais sobre determinado espaço. Segundo o autor, o território é permanentemente produzido e transformado pelas relações sociais, sendo atravessado por disputas políticas, econômicas e institucionais que influenciam a distribuição dos recursos públicos e das oportunidades de desenvolvimento. Sob essa perspectiva, a organização territorial dos serviços de saúde não pode ser analisada apenas como consequência de critérios técnicos, mas também como expressão das escolhas políticas realizadas pelo Estado.

No campo da Saúde Coletiva, essa compreensão foi incorporada progressivamente às estratégias de organização do Sistema Único de Saúde. Mendes (2011) destaca que a regionalização e a territorialização constituem princípios estruturantes das Redes de Atenção à Saúde, permitindo organizar os serviços segundo as necessidades específicas da população residente em cada território. Entretanto, a territorialização proposta pelo SUS não se limita à

delimitação administrativa das áreas de abrangência dos serviços. Ela pressupõe o conhecimento das características demográficas, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas da população, orientando a organização das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Na atenção psicossocial, o território assume significado ainda mais amplo. Conforme Amarante (2007), o cuidado em saúde mental deve ocorrer nos espaços onde a vida cotidiana se desenvolve, fortalecendo vínculos familiares, comunitários e institucionais capazes de favorecer processos de inclusão social. Assim, o território deixa de ser apenas local de oferta de serviços e passa a integrar o próprio projeto terapêutico, reconhecendo que as relações estabelecidas na comunidade influenciam diretamente a produção do sofrimento psíquico e as possibilidades de recuperação.

Merhy (2002) reforça essa perspectiva ao afirmar que o cuidado em saúde é produzido principalmente nas relações estabelecidas entre profissionais, usuários e comunidades. As chamadas tecnologias leves — como acolhimento, escuta qualificada, construção compartilhada de projetos terapêuticos e fortalecimento dos vínculos — dependem da inserção dos serviços no território e da capacidade das equipes de reconhecer as singularidades culturais e sociais dos diferentes grupos populacionais. Em contextos marcados por populações tradicionais, como ocorre na Amazônia, essa inserção territorial torna-se condição indispensável para a efetividade das práticas de cuidado.

14

Entretanto, a territorialização das políticas públicas não elimina, por si só, as desigualdades de acesso aos serviços especializados. Estados amazônicos apresentam características geográficas singulares, marcadas por extensas áreas territoriais, baixa densidade populacional, grandes distâncias entre municípios, predominância de deslocamentos fluviais, limitações da infraestrutura viária e significativa dispersão das comunidades rurais e tradicionais. Nesses contextos, a existência formal de um serviço em determinado município não significa que toda a população consiga alcançá-lo em condições de igualdade.

Essa realidade torna-se ainda mais evidente quando se analisam as comunidades quilombolas amazônicas. Em muitos casos, essas populações encontram-se localizadas em áreas rurais, ilhas, regiões de várzea ou territórios de difícil acesso, onde fatores como transporte, sazonalidade dos rios, custos de deslocamento e disponibilidade de serviços públicos influenciam diretamente o acesso às políticas sociais. Dessa forma, avaliar a cobertura territorial da Rede de Atenção Psicossocial exige considerar não apenas a localização administrativa dos

Centros de Atenção Psicossocial, mas também as condições concretas de mobilidade e acessibilidade existentes nos diferentes territórios.

Sob essa perspectiva, o território passa a constituir uma categoria central para a análise da equidade em saúde. Whitehead (1992) define equidade como a ausência de desigualdades evitáveis e injustas entre grupos populacionais. Aplicada à organização territorial da Rede de Atenção Psicossocial, essa concepção implica reconhecer que populações submetidas a maiores barreiras geográficas, sociais e culturais necessitam de estratégias diferenciadas para alcançar o mesmo direito ao cuidado. Portanto, a avaliação da cobertura dos serviços especializados não pode restringir-se à quantidade de equipamentos instalados, devendo incorporar a capacidade da rede de responder às especificidades dos diferentes territórios.

É justamente nesse ponto que se insere a proposta deste estudo. Ao analisar a distribuição da Rede de Atenção Psicossocial em relação às comunidades quilombolas do Estado do Amapá, parte-se da compreensão de que a cobertura assistencial deve ser interpretada à luz das desigualdades territoriais que caracterizam a Amazônia. Assim, o território deixa de ser entendido como simples suporte físico para implantação de serviços e passa a constituir elemento estruturante da produção do cuidado em saúde mental, condição indispensável para a efetivação do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde.

2.3 Equidade em Saúde e comunidades quilombolas: território, racismo estrutural e direito ao cuidado

A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo como princípios organizadores do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade, a integralidade e a equidade. Embora frequentemente utilizados de forma conjunta, esses princípios possuem significados distintos e complementares. Enquanto a universalidade assegura o direito de acesso de toda a população aos serviços de saúde e a integralidade orienta a organização do cuidado em sua dimensão biopsicossocial, a equidade reconhece que diferentes grupos sociais experimentam condições desiguais de vida e, por essa razão, necessitam de respostas diferenciadas por parte das políticas públicas (Brasil, 1990).

Whitehead (1992) define equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e socialmente produzidas entre grupos populacionais. Essa concepção desloca o debate da igualdade formal para a justiça distributiva, reconhecendo que oferecer exatamente os

mesmos serviços para populações submetidas a condições profundamente distintas pode, paradoxalmente, reproduzir desigualdades. Em outras palavras, a equidade pressupõe tratar desigualmente os desiguais, destinando maiores esforços institucionais aos grupos que enfrentam maiores barreiras para acessar direitos.

Essa compreensão foi ampliada por Starfield (2002), ao demonstrar que sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária alcançam melhores resultados quando organizam suas ações considerando as necessidades específicas dos diferentes territórios e populações. Para a autora, a efetividade das políticas públicas depende menos da oferta uniforme de serviços e mais da capacidade do sistema em responder às desigualdades existentes na sociedade. Na mesma direção, Solar e Irwin (2010), ao discutirem os Determinantes Sociais da Saúde para a Organização Mundial da Saúde, evidenciam que processos históricos de exclusão, pobreza, discriminação racial, condições de moradia, escolaridade, trabalho e acesso aos bens públicos influenciam diretamente os padrões de adoecimento e as possibilidades de cuidado.

Entre os grupos historicamente afetados por essas desigualdades encontram-se as comunidades quilombolas. Reconhecidas constitucionalmente como povos e comunidades tradicionais, essas populações desenvolveram, ao longo da história brasileira, formas próprias de organização social, produção cultural, uso coletivo da terra e preservação de saberes ancestrais. Seus territórios representam espaços de resistência à escravidão, ao racismo e às diferentes formas de exclusão social que marcaram a formação histórica do país.

Kabengele Munanga (2006) destaca que os quilombos não podem ser compreendidos apenas como remanescentes históricos da escravidão. Constituem experiências permanentes de construção identitária, organização política e afirmação coletiva, cuja continuidade depende da preservação dos territórios e da valorização das práticas culturais transmitidas entre gerações. Assim, a identidade quilombola ultrapassa critérios biológicos ou étnicos, fundamentando-se na memória coletiva, na ancestralidade, no pertencimento territorial e na manutenção de formas próprias de vida comunitária.

Essa perspectiva aproxima-se das contribuições de Beatriz Nascimento (1985), para quem o quilombo representa uma categoria histórica, política e civilizatória de resistência negra. Segundo a autora, o território quilombola constitui espaço de produção da liberdade, da cultura e da autonomia coletiva, desempenhando papel central na construção das identidades negras

brasileiras. Dessa forma, a terra não assume apenas valor econômico, mas representa elemento estruturante da memória, da espiritualidade e da continuidade histórica dessas comunidades.

Ao discutir a formação da sociedade brasileira, Lélia Gonzalez (2020) evidencia que o racismo constitui uma estrutura permanente das relações sociais, produzindo desigualdades que atravessam diferentes dimensões da vida cotidiana, inclusive o acesso às políticas públicas. Para a autora, compreender a realidade da população negra exige reconhecer que processos históricos de exclusão continuam influenciando oportunidades educacionais, condições de trabalho, acesso aos serviços públicos e formas de participação social. Essa interpretação é reforçada por Nilma Lino Gomes (2017), ao afirmar que o racismo estrutural opera como mecanismo permanente de produção de desigualdades, exigindo que as políticas públicas incorporem perspectivas antirracistas capazes de enfrentar as assimetrias historicamente construídas.

No contexto amazônico, essas desigualdades adquirem características particulares. As comunidades quilombolas encontram-se distribuídas em áreas rurais, florestais, ribeirinhas e de difícil acesso, frequentemente submetidas a conflitos fundiários, pressões ambientais e limitações de infraestrutura. Antônio Bispo dos Santos (2015; 2023) argumenta que esses territórios não devem ser compreendidos apenas como espaços produtivos, mas como territórios de existência, onde se articulam práticas de cuidado, espiritualidade, organização comunitária e transmissão dos conhecimentos ancestrais. A permanência nesses territórios constitui condição indispensável para a reprodução dos modos de vida quilombolas e para a manutenção das redes coletivas de proteção social.

Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, reconhecer essas especificidades implica compreender que os processos de saúde e adoecimento são socialmente determinados. Breilh (2013) afirma que as desigualdades em saúde não resultam exclusivamente de fatores biológicos ou comportamentais, mas expressam relações históricas de poder, exclusão e distribuição desigual dos recursos sociais. Da mesma forma, Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que os determinantes sociais da saúde condicionam tanto a ocorrência dos agravos quanto a capacidade das populações de acessar serviços, exercer direitos e construir estratégias de proteção coletiva.

Aplicadas à saúde mental, essas reflexões permitem compreender que o sofrimento psíquico não pode ser interpretado apenas como manifestação individual. Em comunidades quilombolas, experiências relacionadas ao racismo, à violência institucional, à insegurança fundiária, às dificuldades de acesso às políticas públicas e às ameaças aos modos tradicionais de

vida produzem impactos que ultrapassam a dimensão clínica, alcançando processos coletivos de produção da subjetividade e da vida comunitária. Ao mesmo tempo, essas populações desenvolvem importantes estratégias de proteção psicossocial baseadas na ancestralidade, na solidariedade comunitária, nas práticas religiosas, nos saberes tradicionais e na relação com o território, constituindo formas próprias de promoção da saúde mental.

Essas características evidenciam que políticas públicas organizadas exclusivamente a partir de critérios populacionais ou administrativos podem não responder adequadamente às necessidades das comunidades quilombolas. A equidade exige reconhecer que territórios historicamente vulnerabilizados demandam estratégias diferenciadas de planejamento, organização dos serviços e produção do cuidado. Isso significa considerar, simultaneamente, fatores como distância geográfica, mobilidade, barreiras culturais, formas locais de cuidado, participação comunitária e práticas tradicionais de saúde.

Nesse sentido, a organização da Rede de Atenção Psicossocial deve ultrapassar a lógica da cobertura formal dos serviços, incorporando a diversidade territorial, cultural e étnico-racial existente no Estado do Amapá. Avaliar a presença de Centros de Atenção Psicossocial apenas pela sua distribuição municipal mostra-se insuficiente quando parte significativa da população reside em comunidades rurais ou tradicionais, cuja acessibilidade depende de condições geográficas e sociais específicas. Assim, a análise da cobertura da RAPS deve considerar a capacidade da rede em responder às necessidades concretas das populações quilombolas, aproximando-se do princípio da equidade que orienta o Sistema Único de Saúde.

Essa discussão conduz à necessidade de ampliar o próprio conceito de equidade aplicado às políticas de saúde mental. Se as desigualdades territoriais condicionam o acesso aos serviços especializados e influenciam a produção do cuidado, torna-se necessário desenvolver uma abordagem capaz de integrar território, acessibilidade, vulnerabilidade social e organização da Rede de Atenção Psicossocial. É a partir dessa perspectiva que o presente estudo propõe o conceito de Equidade Territorial em Saúde Mental, apresentado na seção seguinte como contribuição teórico-conceitual para a análise da cobertura da RAPS em territórios amazônicos.

2.4 Equidade Territorial em Saúde Mental: uma proposta teórico-conceitual para análise da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial

A consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a organização da Rede de Atenção Psicossocial produziram importantes avanços na democratização do cuidado em saúde mental, especialmente ao substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede territorializada de serviços comunitários. Entretanto, a literatura científica ainda concentra grande parte de suas análises na expansão quantitativa da rede, na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na organização administrativa dos serviços, permanecendo relativamente limitada a discussão sobre como as desigualdades territoriais condicionam a efetividade desse cuidado em contextos marcados por profundas heterogeneidades geográficas, sociais e culturais.

Essa limitação torna-se particularmente evidente quando se analisam estados amazônicos. Embora a regionalização da assistência tenha ampliado a distribuição dos serviços especializados, a existência formal de equipamentos públicos não assegura, necessariamente, condições equitativas de acesso para populações residentes em territórios rurais, ribeirinhos, indígenas ou quilombolas. Em muitos casos, a distância geográfica, a precariedade da infraestrutura de transporte, a sazonalidade dos rios, as barreiras econômicas e a ausência de estratégias territorializadas de cuidado limitam significativamente a utilização dos serviços disponíveis.

19

Essa realidade evidencia que a avaliação da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial não pode restringir-se à identificação do número de serviços existentes ou da proporção de habitantes por CAPS. Embora esses indicadores sejam importantes para o planejamento administrativo, eles não captam a complexidade das relações entre território, acessibilidade, desigualdades sociais e efetivação do direito ao cuidado em saúde mental.

Os estudos sobre equidade em saúde oferecem importantes elementos para essa reflexão. Whitehead (1992) argumenta que as desigualdades somente podem ser consideradas injustas quando decorrem de condições evitáveis e socialmente produzidas. Starfield (2002), por sua vez, demonstra que sistemas de saúde organizados segundo as necessidades específicas dos diferentes territórios produzem melhores resultados sanitários do que modelos baseados exclusivamente na oferta uniforme de serviços. Complementarmente, Solar e Irwin (2010) evidenciam que os determinantes sociais da saúde influenciam diretamente as possibilidades de

acesso aos sistemas de cuidado, reforçando a necessidade de incorporar fatores sociais, econômicos, culturais e territoriais na formulação das políticas públicas.

No campo da Saúde Coletiva brasileira, Mendes (2011), Paim (2015) e Campos (2018) destacam que a regionalização e a territorialização constituem princípios estruturantes das Redes de Atenção à Saúde. Entretanto, a operacionalização desses princípios frequentemente permanece vinculada às divisões político-administrativas dos municípios e regiões de saúde, não contemplando integralmente as especificidades territoriais das populações tradicionais, cuja organização social frequentemente ultrapassa esses limites institucionais.

A contribuição de Milton Santos (2006) permite ampliar essa discussão ao compreender o território como resultado das relações sociais historicamente construídas entre sociedade, técnica, economia e poder. Sob essa perspectiva, o território deixa de representar apenas o espaço onde os serviços são instalados e passa a constituir elemento ativo na produção das condições de vida, das vulnerabilidades e das possibilidades de acesso aos direitos sociais. Da mesma forma, Haesbaert (2014) demonstra que diferentes grupos sociais constroem múltiplas territorialidades, evidenciando que o pertencimento, a mobilidade e a apropriação do espaço variam conforme as características históricas e culturais de cada população.

Aplicadas ao contexto da saúde mental, essas contribuições permitem reconhecer que a efetividade da Rede de Atenção Psicossocial depende da interação entre organização dos serviços, características do território e condições concretas de acesso vivenciadas pelos diferentes grupos sociais. Em comunidades quilombolas amazônicas, por exemplo, fatores como distância entre comunidades e sedes municipais, dependência do transporte fluvial, conflitos territoriais, baixa oferta de transporte público e dificuldades de comunicação influenciam diretamente a possibilidade de utilização contínua dos serviços especializados.

Diante dessas evidências, propõe-se neste estudo o conceito de Equidade Territorial em Saúde Mental, compreendido como o princípio segundo o qual a organização da Rede de Atenção Psicossocial deve considerar as desigualdades geográficas, sociais, culturais e étnico-raciais existentes entre os diferentes territórios, buscando garantir condições efetivas de acesso ao cuidado especializado para populações historicamente vulnerabilizadas.

Nessa perspectiva, a equidade territorial ultrapassa a simples distribuição proporcional dos serviços. Ela pressupõe que o planejamento da assistência psicossocial incorpore elementos como localização das comunidades, formas de mobilidade, barreiras ambientais, organização

sociocultural dos territórios, redes comunitárias de cuidado e especificidades históricas das populações atendidas. Assim, municípios com características territoriais distintas podem demandar estratégias diferenciadas de organização da Rede de Atenção Psicossocial, mesmo quando apresentam quantitativos populacionais semelhantes.

Como desdobramento desse conceito, propõe-se também a noção de Vazio Assistencial Territorial em Saúde Mental, definida como a situação em que populações residentes em determinado território, embora formalmente abrangidas pela Rede de Atenção Psicossocial, enfrentam barreiras geográficas, territoriais, culturais ou institucionais que restringem significativamente o acesso contínuo e oportuno aos serviços especializados. Diferentemente da ausência absoluta de equipamentos públicos, o vazio assistencial territorial pode ocorrer mesmo em municípios oficialmente inseridos na regionalização da RAPS, desde que as condições concretas de deslocamento e utilização dos serviços impeçam sua efetiva acessibilidade.

Com base nesses pressupostos, este estudo propõe o Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS), concebido como uma ferramenta analítica destinada a integrar informações demográficas, cartográficas e institucionais na avaliação da cobertura territorial da RAPS. O modelo estrutura-se em cinco dimensões interdependentes: (1) cobertura assistencial; (2) cobertura territorial; (3) acessibilidade potencial; (4) equidade territorial; e (5) vulnerabilidade territorial. A análise integrada dessas dimensões possibilita identificar não apenas onde os serviços estão localizados, mas também em que medida sua distribuição responde às necessidades concretas das populações residentes nos diferentes territórios.

21

Embora desenvolvido a partir da realidade do Estado do Amapá, o MAET-RAPS possui potencial de aplicação em outros contextos amazônicos e em estudos envolvendo povos indígenas, comunidades ribeirinhas, populações extrativistas e demais povos e comunidades tradicionais. Sua principal contribuição consiste em ampliar o debate sobre cobertura da Rede de Atenção Psicossocial, deslocando o foco da disponibilidade formal dos serviços para a análise da efetividade territorial do direito ao cuidado em saúde mental.

Dessa forma, a Equidade Territorial em Saúde Mental não deve ser compreendida apenas como um novo conceito teórico, mas como uma perspectiva analítica orientada para o planejamento das políticas públicas. Ao reconhecer que o território participa da produção das

desigualdades em saúde, essa abordagem contribui para fortalecer estratégias de regionalização mais sensíveis às especificidades da Amazônia e às necessidades das populações historicamente invisibilizadas pelo planejamento tradicional dos serviços.

4 RESULTADOS

4.1 Distribuição territorial das comunidades quilombolas no Estado do Amapá

A análise da distribuição territorial das comunidades quilombolas evidencia que o Estado do Amapá apresenta uma expressiva presença desses povos tradicionais, configurando um dos principais territórios quilombolas da Amazônia brasileira. Os dados do Censo Demográfico de 2022 revelam que o estado possui aproximadamente 12.894 pessoas autodeclaradas quilombolas, correspondendo a cerca de 1,7% da população estadual, proporção que coloca o Amapá entre as unidades da federação com maior representatividade relativa dessa população no país.

Além da expressiva presença populacional, observa-se uma ampla distribuição espacial das comunidades quilombolas no território amapaense. Levantamentos recentes indicam a existência de 179 comunidades quilombolas, distribuídas em diferentes municípios, das quais 40 possuem certificação da Fundação Cultural Palmares e parte significativa encontra-se em processo de regularização fundiária junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

Essa distribuição demonstra que a presença quilombola não constitui um fenômeno localizado ou restrito a poucos municípios. Ao contrário, essas comunidades ocupam diferentes ecossistemas amazônicos, incluindo áreas de floresta de terra firme, várzeas, campos inundáveis, savanas e regiões ribeirinhas, evidenciando a diversidade territorial que caracteriza o estado do Amapá.

Os dados censitários também revelam uma distribuição desigual da população quilombola entre os municípios. A maior concentração encontra-se em Macapá, seguida por Mazagão, municípios que concentram parcela expressiva da população quilombola estadual. Por outro lado, o Censo Demográfico de 2022 demonstra que a presença quilombola está distribuída pela maior parte do território amapaense, sendo identificada em 11 dos 16 municípios, o que

evidencia a capilaridade territorial dessas comunidades e amplia os desafios para a organização das políticas públicas voltadas à garantia de direitos.

Outro aspecto relevante refere-se à relação entre população e território. Embora existam territórios quilombolas oficialmente delimitados, parcela significativa da população quilombola reside fora dessas áreas reconhecidas, indicando que a identidade quilombola ultrapassa os limites administrativos dos territórios titulados. Esse resultado reforça a necessidade de que o planejamento das políticas públicas considere não apenas os territórios oficialmente reconhecidos, mas também a distribuição populacional e as dinâmicas de mobilidade dessas comunidades.

Sob a perspectiva da organização da Rede de Atenção Psicossocial, essa configuração territorial apresenta importantes implicações. A ampla dispersão das comunidades, associada às características geográficas da Amazônia — como grandes distâncias entre municípios, predomínio do transporte fluvial em diversas localidades e limitações da infraestrutura viária — torna insuficiente uma análise baseada exclusivamente na existência formal de serviços especializados em cada município. A distribuição espacial das comunidades quilombolas evidencia que a acessibilidade aos serviços de saúde mental depende de fatores territoriais que extrapolam os limites político-administrativos utilizados tradicionalmente no planejamento da assistência.

23

Do ponto de vista da Equidade Territorial em Saúde Mental, os dados apresentados nesta seção indicam que a simples identificação da localização dos Centros de Atenção Psicossocial não é suficiente para avaliar a capacidade da Rede de Atenção Psicossocial de responder às necessidades da população quilombola. Antes mesmo da análise da rede assistencial, observa-se um território marcado por significativa heterogeneidade geográfica, elevada dispersão populacional e múltiplas formas de ocupação do espaço, características que deverão ser consideradas na interpretação da cobertura dos serviços especializados.

Dessa forma, a distribuição territorial das comunidades quilombolas constitui o primeiro elemento para compreender a organização da assistência em saúde mental no estado. Ao evidenciar onde vivem essas populações e quais características marcam seus territórios, esta análise estabelece a base para a etapa seguinte do estudo, que examinará a distribuição espacial da Rede de Atenção Psicossocial e sua capacidade de atender, de forma equitativa, os diferentes territórios quilombolas do Amapá.

Tabela 1 – Distribuição territorial da população quilombola nos municípios do Estado do Amapá

Município	População total — Censo 2022	População quilombola — Censo 2022	Percentual de quilombolas no município	Presença de população quilombola
Macapá	442.933	9.110	2,06%	Sim
Mazagão	21.918	1.483	6,77%	Sim
Santana	107.373	1.176	1,10%	Sim
Laranjal do Jari	35.114	345	0,98%	Sim
Vitória do Jari	11.291	189	1,67%	Sim
Oiapoque	27.482	146	0,53%	Sim
Porto Grande	17.848	142	0,80%	Sim
Itaubal	5.599	105	1,88%	Sim
Ferreira Gomes	6.666	82	1,23%	Sim
Calçoene	10.612	58	0,55%	Sim
Tartarugalzinho	12.945	58	0,45%	Sim
Amapá	7.943	0	0,00%	Não
Cutias	4.461	0	0,00%	Não
Pedra Branca do Amapari	12.847	0	0,00%	Não
Pracuúba	3.803	0	0,00%	Não
Serra do Navio	4.673	0	0,00%	Não

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do Censo Demográfico 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Os dados da Tabela 1 evidenciam que a população quilombola encontra-se distribuída de forma heterogênea no Estado do Amapá. Dos 16 municípios, 11 registram população quilombola, demonstrando que essas comunidades estão presentes em diferentes regiões do estado e não se concentram em um único território.

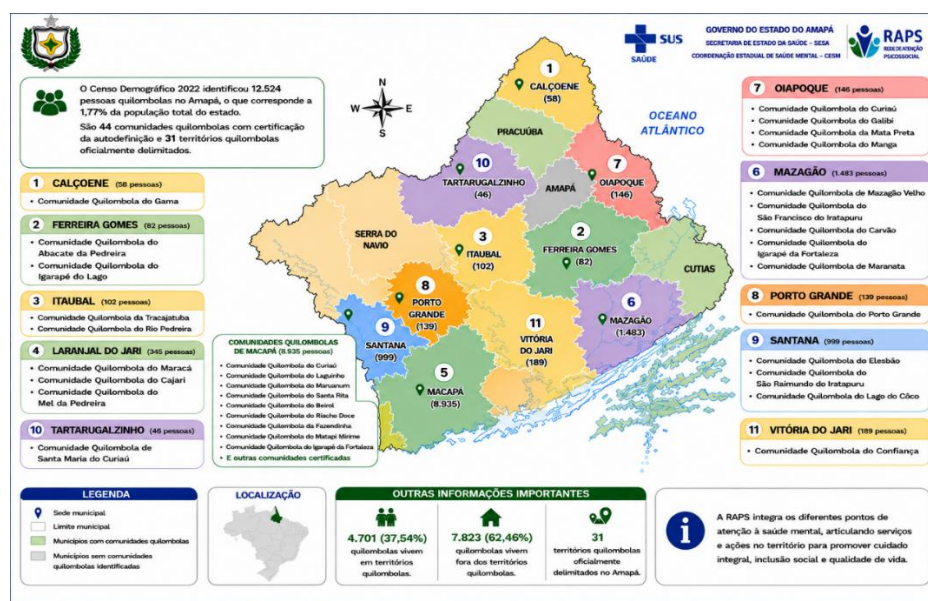
Em termos absolutos, Macapá reúne o maior contingente de população quilombola (9.110 pessoas), seguido por Mazagão (1.483) e Santana (1.176). Entretanto, quando considerada a representatividade proporcional em relação à população municipal, Mazagão apresenta o maior percentual de habitantes quilombolas (6,77%), evidenciando a relevância dessas comunidades na composição demográfica do município.

Observa-se ainda que a população quilombola está distribuída tanto em municípios de maior porte quanto em localidades menores, como Itaubal, Ferreira Gomes e Vitória do Jari. Essa dispersão territorial amplia os desafios para o planejamento das políticas públicas, especialmente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que deve considerar não apenas o tamanho da população, mas também as características geográficas e as condições de acesso aos serviços especializados.

Assim, a distribuição territorial apresentada na Tabela 1 constitui um importante ponto de partida para avaliar se a organização da RAPS no Estado do Amapá responde de forma equitativa às necessidades das comunidades quilombolas, análise que será desenvolvida na seção seguinte.

Para compreender a relação entre território e produção do cuidado em saúde mental, torna-se necessário visualizar a distribuição geográfica das comunidades quilombolas no estado do Amapá. Nesse sentido, a Figura 1 apresenta a localização dessas comunidades por município, evidenciando sua dispersão territorial e oferecendo subsídios para a análise da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) frente às especificidades dos territórios quilombolas.

Figura 1 – Distribuição das comunidades quilombolas por município no estado do Amapá, segundo o Censo Demográfico de 2022



Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022 e na Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (CESM/SESA-AP).

4.2 Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Amapá

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui o principal modelo de organização da assistência em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando-se por meio de serviços comunitários articulados em diferentes níveis de atenção. No Estado do Amapá, a oferta de atenção especializada é concentrada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos de forma desigual entre os municípios.

O levantamento realizado identificou a presença de CAPS em apenas cinco dos dezesseis municípios do estado, concentrados em Macapá, Santana, Mazagão, Laranjal do Jari e Oiapoque. Os demais municípios dependem da regionalização da assistência e do encaminhamento para municípios de referência, o que implica deslocamentos intermunicipais para acesso ao cuidado especializado em saúde mental.

Essa configuração evidencia uma concentração dos serviços nos principais centros urbanos e regionais, característica comum em estados amazônicos marcados por extensas áreas territoriais e baixa densidade populacional. Embora a regionalização represente uma estratégia importante para a organização do SUS, sua efetividade depende das condições concretas de acessibilidade, como disponibilidade de transporte, distâncias percorridas, infraestrutura viária e fluvial e capacidade instalada dos municípios de referência.

Sob a perspectiva da Equidade Territorial em Saúde Mental, a simples existência de um CAPS em determinado município não garante, por si só, acesso oportuno e contínuo aos serviços especializados. Municípios sem unidades próprias podem enfrentar barreiras geográficas e logísticas que dificultam a utilização da rede, especialmente quando abrigam populações tradicionais residentes em áreas rurais, ribeirinhas ou de difícil acesso.

Dessa forma, a distribuição da RAPS no Amapá revela uma estrutura assistencial regionalizada, porém espacialmente concentrada, indicando a necessidade de analisar, na seção seguinte, em que medida essa organização responde às necessidades das comunidades quilombolas distribuídas pelo território estadual.

Tabela 2 – Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios do Estado do Amapá

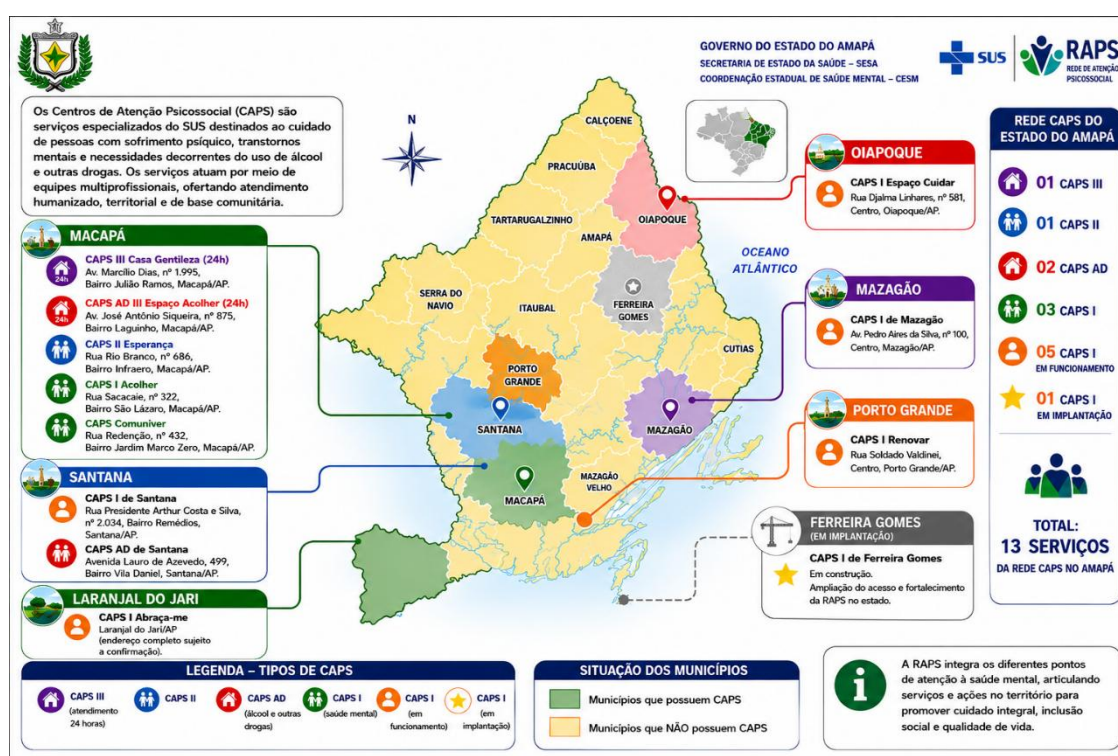
Município	Possui CAPS	Modalidade	Município de referência para saúde mental*	Situação da cobertura
-----------	-------------	------------	--	-----------------------

Macapá	Sim	CAPS II / CAPSi / CAPS AD III**	—	Atendimento local
Santana	Sim	CAPS II	—	Atendimento local
Mazagão	Sim	CAPS I	—	Atendimento local
Laranjal do Jari	Sim	CAPS II	—	Atendimento local
Oiapoque	Sim	CAPS I	—	Atendimento local
Porto Grande	Não	—	Macapá	Dependência regional
Ferreira Gomes	Não	—	Macapá	Dependência regional
Itaubal	Não	—	Macapá	Dependência regional
Cutias	Não	—	Macapá	Dependência regional
Tartarugalzinho	Não	—	Macapá	Dependência regional
Calçoene	Não	—	Oiapoque	Dependência regional
Amapá	Não	—	Oiapoque	Dependência regional
Vitória do Jari	Não	—	Laranjal do Jari	Dependência regional
Pedra Branca do Amapari	Não	—	Macapá	Dependência regional
Pracuúba	Não	—	Macapá	Dependência regional
Serra do Navio	Não	—	Macapá	Dependência regional

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e documentos da Rede de Atenção Psicossocial.

Embora a Tabela 2 apresente a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por município e seus respectivos polos de referência, a compreensão das desigualdades de acesso torna-se mais evidente quando essa organização é analisada em sua dimensão territorial. Nesse contexto, a Figura 2 ilustra a distribuição espacial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Amapá, permitindo identificar a concentração dos serviços, os municípios dependentes de referências regionais e os vazios assistenciais existentes no território.

Figura 2 – Distribuição territorial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Amapá



Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA/AP), Coordenação Estadual de Saúde Mental (2026).

4.3 Sobreposição territorial entre a Rede de Atenção Psicossocial e as comunidades quilombolas no Estado do Amapá

A análise integrada da distribuição territorial das comunidades quilombolas e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) evidencia importantes assimetrias na oferta de serviços especializados em saúde mental no Estado do Amapá. Embora a população quilombola esteja presente em 11 dos 16 municípios amapaenses, a oferta de Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS) encontra-se concentrada em apenas cinco municípios: Macapá, Santana, Mazagão, Laranjal do Jari e Oiapoque.

Essa configuração demonstra que parte significativa das comunidades quilombolas reside em municípios sem oferta local de atenção psicossocial especializada, dependendo do deslocamento para municípios de referência. Entre esses municípios destacam-se Vitória do Jari, Porto Grande, Itaubal, Ferreira Gomes, Calçoene e Tartarugalzinho, todos com população quilombola registrada pelo Censo Demográfico de 2022, porém sem unidades próprias da RAPS.

A sobreposição dos dados revela que a distribuição dos serviços especializados acompanha, predominantemente, a concentração populacional urbana, enquanto a presença das comunidades quilombolas apresenta uma lógica territorial distinta, marcada pela dispersão geográfica e pela ocupação de áreas rurais, ribeirinhas e de difícil acesso. Essa diferença evidencia que a cobertura administrativa da RAPS nem sempre corresponde à cobertura territorial efetiva do cuidado em saúde mental.

Outro aspecto relevante refere-se à regionalização da assistência. Embora o SUS preveja mecanismos de referência e contrarreferência entre municípios, o acesso das comunidades quilombolas aos CAPS pode ser condicionado por fatores como longas distâncias, dependência do transporte fluvial, limitações da malha rodoviária, custos de deslocamento e sazonalidade dos rios, características amplamente presentes na realidade amazônica. Nessas circunstâncias, a existência formal de um município de referência não elimina as barreiras territoriais que dificultam o acesso contínuo aos serviços especializados.

Observa-se ainda que municípios como Mazagão e Oiapoque, apesar de possuírem CAPS, apresentam extensas áreas territoriais e comunidades distribuídas em localidades distantes da sede municipal. Essa característica demonstra que a presença física do serviço não garante, por si só, acessibilidade territorial adequada, reforçando a necessidade de incorporar fatores geográficos e logísticos na avaliação da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial.

Em contrapartida, municípios como Porto Grande, Ferreira Gomes, Itaubal, Calçoene, Tartarugalzinho e Vitória do Jari apresentam população quilombola e ausência de CAPS, configurando situações que merecem atenção prioritária do planejamento regional da saúde mental. Embora esses municípios estejam vinculados à rede regional de assistência, a dependência de serviços localizados em outros municípios pode comprometer a continuidade do cuidado, especialmente para populações que enfrentam maiores dificuldades de mobilidade.

De forma geral, a sobreposição territorial entre a distribuição da população quilombola e da Rede de Atenção Psicossocial evidencia que a cobertura da assistência em saúde mental não deve ser analisada apenas pela presença ou ausência de serviços especializados. A efetividade da RAPS depende da interação entre localização dos equipamentos, organização regional da assistência e condições concretas de acessibilidade vivenciadas pelas populações tradicionais. Esses resultados reforçam a necessidade de uma abordagem analítica que considere simultaneamente território, vulnerabilidade e acesso aos serviços, fundamentando a aplicação do Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS), apresentada na seção seguinte.

Tabela 3 – Sobreposição territorial entre a população quilombola e a Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Amapá

Município	População quilombola	CAPS no município	Necessita deslocamento para outro município	Situação preliminar
Macapá	9.110	Sim	Não	Cobertura local
Mazagão	1.483	Sim	Não	Cobertura local
Santana	1.176	Sim	Não	Cobertura local
Laranjal do Jari	345	Sim	Não	Cobertura local
Oiapoque	146	Sim	Não	Cobertura local
Vitória do Jari	189	Não	Sim	Dependência regional
Porto Grande	142	Não	Sim	Dependência regional
Itaubal	105	Não	Sim	Dependência regional
Ferreira Gomes	82	Não	Sim	Dependência regional
Calçoene	58	Não	Sim	Dependência regional
Tartarugalzinho	58	Não	Sim	Dependência regional

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Censo Demográfico 2022 (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Secretaria de Estado da Saúde do Amapá.

A análise da equidade territorial pressupõe a integração entre a distribuição da população e a oferta de serviços de saúde. Assim, a Figura 3 apresenta a sobreposição territorial entre as comunidades quilombolas e a Rede de Atenção Psicossocial no estado do Amapá, evidenciando a relação entre a localização dos CAPS e os territórios quilombolas. Essa representação cartográfica permite visualizar as áreas de cobertura direta, os municípios dependentes da regionalização da assistência e os possíveis vazios territoriais de acesso, constituindo a base empírica para a aplicação do Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS).

Figura 3 – Modelo analítico da sobreposição territorial entre as comunidades quilombolas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Amapá.



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022*; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA/AP), Coordenação Estadual de Saúde Mental (CESM), 2026.

4.4 Classificação da cobertura territorial segundo o MAET-RAPS

Com base na integração entre a distribuição da população quilombola, a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as condições territoriais de acesso aos serviços especializados, foi aplicada a classificação proposta pelo Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS). O modelo considera, de forma

integrada, a presença de serviços especializados, a necessidade de deslocamento para municípios de referência e as barreiras geográficas que influenciam o acesso das comunidades quilombolas ao cuidado em saúde mental.

A aplicação do modelo permitiu classificar os municípios em quatro níveis de cobertura territorial: cobertura adequada, cobertura intermediária, cobertura dependente e vazio assistencial territorial. Essa classificação ultrapassa a simples identificação da existência de CAPS, incorporando elementos relacionados à acessibilidade e às especificidades do território amazônico.

Os resultados indicam que Macapá e Santana apresentam cobertura adequada, uma vez que concentram serviços especializados e possuem maior capacidade instalada para atendimento da população. Mazagão, Laranjal do Jari e Oiapoque foram classificados como municípios de cobertura intermediária, pois, embora disponham de CAPS, apresentam limitações decorrentes da ampla extensão territorial e da dispersão geográfica das comunidades quilombolas.

Os municípios de Porto Grande, Ferreira Gomes, Vitória do Jari, Itaubal, Calçoene e Tartarugalzinho foram classificados como de cobertura dependente, por dependerem integralmente de serviços localizados em outros municípios. Nesses casos, a continuidade do cuidado encontra-se condicionada à disponibilidade de transporte, às condições de deslocamento e ao funcionamento da rede regional de referência.

Por fim, a análise permitiu identificar situações caracterizadas como vazios assistenciais territoriais, compreendidos como áreas onde a combinação entre ausência de CAPS, longas distâncias, dificuldades de mobilidade e presença de população quilombola potencializa barreiras de acesso ao cuidado psicossocial. Nesses territórios, a cobertura administrativa da RAPS mostra-se insuficiente para assegurar acesso equitativo aos serviços especializados.

A classificação proposta pelo MAET-RAPS demonstra que a avaliação da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial deve incorporar dimensões territoriais, geográficas e socioculturais, especialmente em estados amazônicos, onde as características do território exercem influência direta sobre a organização e a efetividade das políticas públicas de saúde mental.

Tabela 4 – Classificação da cobertura territorial da Rede de Atenção Psicossocial segundo o MAET-RAPS

Município	CAPS	População quilombola	Deslocamento intermunicipal	Classificação MAET-RAPS
Macapá	Sim	9.110	Não	Cobertura adequada
Santana	Sim	1.176	Não	Cobertura adequada
Mazagão	Sim	1.483	Não	Cobertura intermediária
Laranjal do Jari	Sim	345	Não	Cobertura intermediária
Oiapoque	Sim	146	Não	Cobertura intermediária
Porto Grande	Não	142	Sim	Cobertura dependente
Ferreira Gomes	Não	82	Sim	Cobertura dependente
Vitória do Jari	Não	189	Sim	Cobertura dependente
Itaubal	Não	105	Sim	Cobertura dependente
Calçoene	Não	58	Sim	Vazio assistencial territorial
Tartarugalzinho	Não	58	Sim	Vazio assistencial territorial

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

4.5 Implicações para a Equidade Territorial em Saúde Mental

33

Os resultados obtidos por meio da aplicação do MAET-RAPS evidenciam que a distribuição da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Amapá apresenta importantes desigualdades territoriais quando analisada sob a perspectiva das comunidades quilombolas. Embora a organização regional da RAPS atenda aos princípios gerais de regionalização do Sistema Único de Saúde, verificam-se diferenças significativas entre a localização dos serviços especializados e a distribuição territorial da população quilombola, indicando que a cobertura administrativa da rede nem sempre se traduz em acesso efetivo ao cuidado em saúde mental.

A análise demonstra que a equidade territorial não depende exclusivamente da implantação de novos serviços especializados, mas também da capacidade da rede em responder às especificidades geográficas, culturais e sociais dos territórios onde vivem as populações tradicionais. No contexto amazônico, fatores como grandes distâncias, dependência do transporte fluvial, isolamento geográfico e dispersão das comunidades constituem elementos

estruturantes do acesso aos serviços, devendo ser incorporados ao planejamento da assistência psicossocial.

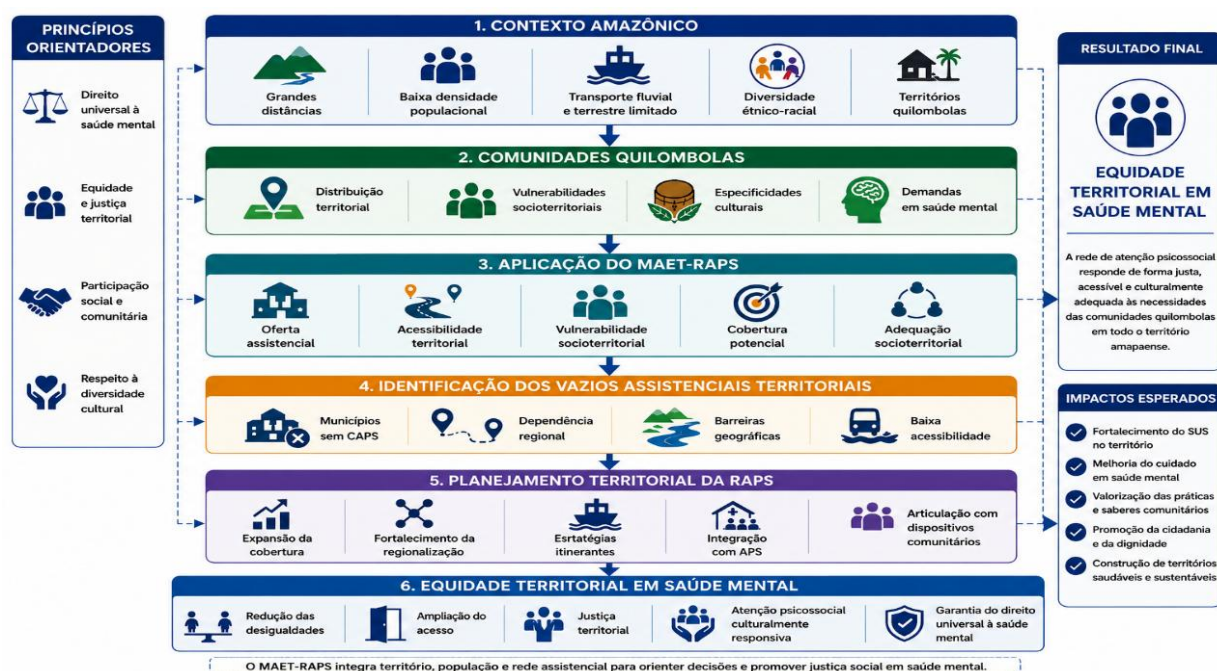
Outro aspecto evidenciado refere-se à necessidade de superar modelos de planejamento fundamentados apenas em critérios populacionais ou administrativos. Municípios classificados pelo MAET-RAPS como de cobertura dependente ou com potenciais vazios assistenciais territoriais demonstram que a presença de um município de referência não garante, por si só, a continuidade do cuidado. Nessas situações, a efetividade da atenção psicossocial está diretamente relacionada à capacidade da rede de desenvolver estratégias territorializadas, integradas à Atenção Primária à Saúde, às equipes multiprofissionais e às práticas comunitárias existentes nos territórios.

Os achados também reforçam a importância de reconhecer as comunidades quilombolas como sujeitos coletivos de direitos, cujas necessidades em saúde mental são influenciadas por determinantes históricos, sociais e territoriais. Dessa forma, políticas públicas orientadas pela equidade devem considerar não apenas a disponibilidade dos serviços, mas também sua adequação às formas de organização social, às dinâmicas culturais e às condições concretas de mobilidade dessas populações.

Nesse contexto, o MAET-RAPS mostrou-se um instrumento promissor para subsidiar o planejamento territorial da Rede de Atenção Psicossocial, permitindo identificar áreas prioritárias para expansão da cobertura, fortalecimento da regionalização e desenvolvimento de estratégias complementares de cuidado. Sua aplicação contribui para ampliar a compreensão da equidade em saúde mental, deslocando o foco da simples oferta de serviços para a relação entre território, acessibilidade e vulnerabilidade socioterritorial.

Por fim, os resultados sugerem que o fortalecimento da equidade territorial em saúde mental na Amazônia exige políticas públicas que integrem planejamento regional, justiça territorial e reconhecimento da diversidade sociocultural das comunidades tradicionais. Nessa perspectiva, a organização da Rede de Atenção Psicossocial deve incorporar critérios que ultrapassem a lógica administrativa da distribuição dos serviços, orientando-se pela redução das desigualdades territoriais e pela garantia do direito universal à saúde mental para todas as populações.

Figura 5 – Modelo conceitual da Equidade Territorial em Saúde Mental para avaliação da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em comunidades quilombolas do estado do Amapá



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022*; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA/AP), Coordenação Estadual de Saúde Mental (CESM); e do Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS).

5 DISCUSSÃO

5.1 Organização territorial da RAPS e as desigualdades de acesso na Amazônia

Os resultados deste estudo demonstram que a distribuição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado do Amapá apresenta concentração dos serviços especializados em poucos municípios, enquanto parte significativa das comunidades quilombolas permanece dependente da regionalização da assistência para acessar o cuidado em saúde mental. Embora essa configuração esteja em consonância com a lógica organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS), baseada na regionalização e hierarquização dos serviços, os achados indicam que a simples existência de municípios de referência não garante acesso territorialmente equitativo às populações residentes em áreas rurais e tradicionais.

Esse cenário também tem sido observado em outros estados da Amazônia Legal, onde fatores como grandes extensões territoriais, baixa densidade populacional e dificuldades logísticas condicionam a organização da rede assistencial. Estudos desenvolvidos na Região

Norte apontam que a oferta de CAPS permanece concentrada em centros urbanos, produzindo vazios assistenciais em municípios menores e ampliando as desigualdades territoriais no acesso à saúde mental (Amarante, 2007; Paim, 2012; Brasil, 2011).

Assim, os resultados obtidos para o Amapá não representam uma situação isolada, mas expressam desafios estruturais compartilhados por diferentes territórios amazônicos, reforçando a necessidade de modelos de planejamento que incorporem as especificidades geográficas da região.

5.2 A população quilombola e os desafios da equidade territorial

Outro aspecto evidenciado pelo estudo refere-se à distribuição territorial das comunidades quilombolas e à sua relação com a organização da assistência psicossocial. Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconheça a necessidade de redução das desigualdades raciais em saúde, observa-se que os critérios tradicionalmente utilizados para implantação dos serviços ainda privilegiam indicadores demográficos gerais, sem considerar adequadamente as especificidades territoriais das populações tradicionais.

Autores como Munanga (2006), Beatriz Nascimento (1985), Lélia Gonzalez (2020) e Antônio Bispo dos Santos (2015; 2023) destacam que os territórios quilombolas constituem espaços de produção de identidade, pertencimento e proteção coletiva. Nesse contexto, o acesso às políticas públicas deve considerar não apenas a localização geográfica dos serviços, mas também as formas próprias de organização social, mobilidade e cuidado existentes nesses territórios.

Os resultados encontrados sugerem que parte das desigualdades observadas decorre justamente da incompatibilidade entre a lógica administrativa da organização da rede e a dinâmica territorial das comunidades quilombolas amazônicas.

5.3 Vazios assistenciais territoriais como categoria analítica

Uma das principais contribuições deste estudo consiste na utilização da categoria Vazios Assistenciais Territoriais para interpretar as desigualdades observadas na distribuição da Rede de Atenção Psicossocial. Diferentemente da ausência absoluta de serviços, o conceito proposto considera situações em que a existência formal da rede não garante acesso efetivo ao cuidado, em razão de barreiras geográficas, logísticas e socioterritoriais.

Essa abordagem amplia a compreensão tradicional da cobertura assistencial ao incorporar elementos relacionados à acessibilidade territorial, permitindo identificar municípios que, embora vinculados a serviços regionais, permanecem em condição de vulnerabilidade assistencial. Tal perspectiva aproxima-se das discussões sobre justiça espacial (Soja, 2010), território usado (Santos, 2006) e determinação social da saúde (Breilh, 2006), contribuindo para uma análise mais abrangente das desigualdades em saúde mental.

5.4 Contribuições do MAET-RAPS para o planejamento da RAPS

A aplicação do Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS) demonstrou potencial para apoiar o planejamento regional da assistência em saúde mental. Ao integrar informações sobre oferta assistencial, acessibilidade territorial, vulnerabilidade socioterritorial, cobertura potencial e adequação socioterritorial, o modelo permite identificar diferentes níveis de cobertura e priorizar áreas que demandam maior investimento em políticas públicas.

Embora desenvolvido a partir da realidade do Estado do Amapá, o modelo apresenta potencial de aplicação em outros estados da Amazônia e em diferentes contextos caracterizados pela presença de populações tradicionais. Sua utilização pode contribuir para complementar indicadores convencionais de cobertura da RAPS, incorporando dimensões relacionadas ao território e à equidade, ainda pouco exploradas na literatura nacional.

37

5.5 Implicações para as políticas públicas e pesquisas futuras

Os resultados desta investigação indicam que o fortalecimento da equidade territorial em saúde mental exige estratégias que ultrapassem a ampliação numérica dos serviços especializados. Faz-se necessário incorporar critérios territoriais ao planejamento da RAPS, considerando distâncias geográficas, formas de mobilidade, vulnerabilidades socioterritoriais e especificidades culturais das populações atendidas.

No caso das comunidades quilombolas amazônicas, isso implica fortalecer a articulação entre a Atenção Primária à Saúde, os CAPS, equipes itinerantes, dispositivos comunitários e práticas tradicionais de cuidado, favorecendo uma organização da rede mais integrada e culturalmente sensível.

Por fim, recomenda-se que estudos futuros ampliem a aplicação do MAET-RAPS para outros estados da Amazônia Legal, bem como realizem processos de validação metodológica do modelo, permitindo seu aperfeiçoamento como instrumento de avaliação da equidade territorial em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a cobertura territorial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em relação à distribuição das comunidades quilombolas no Estado do Amapá, partindo do pressuposto de que a efetivação do direito à saúde mental depende não apenas da existência formal dos serviços especializados, mas também de sua capacidade de responder às desigualdades geográficas, socioculturais e étnico-raciais presentes no território amazônico. A análise realizada demonstrou que a organização atual da RAPS apresenta importantes assimetrias territoriais, evidenciando que a cobertura administrativa dos serviços não corresponde, necessariamente, à acessibilidade efetiva das populações quilombolas.

Os resultados revelaram que a população quilombola encontra-se distribuída em grande parte do território estadual, enquanto os Centros de Atenção Psicossocial permanecem concentrados em um número reduzido de municípios. Essa configuração faz com que diversas comunidades dependam da regionalização da assistência e de deslocamentos intermunicipais para acessar o cuidado especializado, situação agravada pelas grandes distâncias, pelas limitações da infraestrutura de transporte e pelas características ambientais próprias da Amazônia. Dessa forma, o estudo evidencia que as desigualdades territoriais constituem um elemento estruturante da organização da atenção psicossocial no estado.

A principal contribuição desta investigação consiste na proposição do conceito de Equidade Territorial em Saúde Mental, compreendido como a capacidade da Rede de Atenção Psicossocial de organizar seus serviços, fluxos assistenciais e estratégias de cuidado em consonância com as especificidades geográficas, culturais e sociais dos diferentes territórios. Ao incorporar essa perspectiva, amplia-se a compreensão tradicional da cobertura assistencial, deslocando a análise da simples presença de equipamentos públicos para a avaliação das condições concretas de acesso ao cuidado.

Como desdobramento dessa proposta teórica, o estudo introduziu a categoria analítica dos Vazios Assistenciais Territoriais, permitindo identificar situações em que populações

formalmente abrangidas pela RAPS permanecem submetidas a barreiras geográficas, institucionais e socioculturais que limitam significativamente o acesso aos serviços especializados. Essa categoria amplia as possibilidades de interpretação das desigualdades em saúde mental, sobretudo em contextos amazônicos caracterizados por grande dispersão populacional e múltiplas formas de ocupação do território.

Outra contribuição original refere-se ao desenvolvimento do Modelo de Análise da Equidade Territorial da Rede de Atenção Psicossocial (MAET-RAPS). O modelo demonstrou potencial para integrar informações demográficas, territoriais e institucionais, oferecendo um instrumento analítico capaz de apoiar o planejamento regional da saúde mental sob a perspectiva da equidade. Embora elaborado a partir da realidade do Amapá, o MAET-RAPS apresenta potencial de adaptação para outros estados da Amazônia e para pesquisas envolvendo povos indígenas, comunidades ribeirinhas, extrativistas e demais povos e comunidades tradicionais.

Do ponto de vista das políticas públicas, os resultados indicam que o fortalecimento da equidade territorial em saúde mental exige estratégias que ultrapassem a expansão quantitativa dos Centros de Atenção Psicossocial. Torna-se necessário incorporar critérios relacionados à acessibilidade territorial, às condições de mobilidade, às especificidades culturais e às vulnerabilidades socioterritoriais no planejamento da RAPS, fortalecendo a integração entre Atenção Primária à Saúde, CAPS, equipes itinerantes, assistência social e dispositivos comunitários de cuidado.

Como toda pesquisa documental, este estudo apresenta limitações. A análise foi baseada em documentos oficiais, dados secundários e informações institucionais, não contemplando a experiência direta de usuários, profissionais ou lideranças quilombolas. Além disso, a investigação concentrou-se na distribuição territorial dos serviços, não avaliando indicadores de utilização, qualidade da assistência, resolutividade ou satisfação dos usuários.

Essas limitações apontam caminhos promissores para pesquisas futuras. Recomenda-se a realização de estudos qualitativos com comunidades quilombolas e profissionais da RAPS, análises georreferenciadas utilizando Sistemas de Informação Geográfica (SIG), bem como a validação metodológica do MAET-RAPS em diferentes contextos regionais. Também se mostra relevante investigar a articulação entre a atenção psicossocial e as práticas tradicionais

de cuidado desenvolvidas pelas comunidades quilombolas, ampliando a compreensão das interfaces entre território, cultura e saúde mental.

Considera-se que promover a equidade territorial em saúde mental na Amazônia implica reconhecer que o território não constitui apenas o espaço onde os serviços estão localizados, mas um componente fundamental da produção do cuidado, da garantia de direitos e da redução das desigualdades em saúde. Ao propor novos referenciais conceituais e metodológicos para a análise da organização da Rede de Atenção Psicossocial, este estudo busca contribuir para o fortalecimento de políticas públicas mais sensíveis às especificidades dos territórios amazônicos e às necessidades históricas das comunidades quilombolas, reafirmando que a efetivação do direito universal à saúde mental exige, necessariamente, uma abordagem territorialmente orientada e comprometida com a justiça social.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

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

BISPO DOS SANTOS, Antônio. **Colonização, quilombos: modos e significações**. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

BISPO DOS SANTOS, Antônio. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu, 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **SUS: o que e como fazer?** São Paulo: Hucitec, 2018.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

HAESBAERT, Rogério. **Viver no limite: território e multiterritorialidade em tempos de insegurança e contenção**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: Quilombolas: primeiros resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KRIPKA, Rosana; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características. **Revista de Investigaciones UNAD**, v. 14, n. 2, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

NASCIMENTO, Beatriz. **O quilombo como sistema alternativo**. In: RATTTS, Alex (Org.). **Todas (as) distâncias: poemas, aforismos e ensaios de Beatriz Nascimento**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: EDUSP, 2006.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.