



PREFEITURA DE
CAMPOS

SECRETARIA MUNICIPAL
DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA
E TECNOLOGIA

 **Mais
Ciência**

Cidade, espaço urbano e acesso à saúde: os desafios do Programa de Saúde Mental em Campos dos Goytacazes/RJ

Orientador: Silvana Cristina da Silva

Bolsista: Roberto Santos Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

2026



SUMÁRIO

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	4
REVISÃO DA LITERATURA	7
MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30

RESUMO

O espaço urbano campista apresenta enormes desigualdades socioespaciais e tem como um dos seus desafios aumentar a cobertura em saúde, em especial em saúde mental. À vista disso, levantamos a hipótese de as condições territoriais têm influência no tipo de demanda por atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial do CAPS AD. Portanto, esta pesquisa procura compreender os obstáculos da política de saúde mental no município, analisando a RAPS, o perfil dos atendidos e as estratégias que têm sido usadas para ampliar os atendimentos, especialmente dos usuários do CAPS AD. Metodologicamente a pesquisa integra revisão bibliográfica; coleta de dados secundários do DATASUS, CNES, IBGE e Gerência do Programa de Saúde Mental; Análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde e realização de visitas técnicas e entrevistas à Gerência do Programa de Saúde Mental e ao RAPS, afora à trabalhos de campo à RAPS. A análise da Rede de Atenção Psicossocial evidenciou que, na região Norte Fluminense, os serviços especializados para a atenção a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas concentram-se apenas em Campos dos Goytacazes e Macaé, reafirmando a centralidade regional desses municípios. Entretanto, a simples existência desses equipamentos não garante o acesso efetivo da população aos serviços. Em um município de grande extensão territorial, como Campos dos Goytacazes, a localização dos estabelecimentos, as condições de mobilidade urbana, as desigualdades socioespaciais e a disponibilidade de profissionais especializados constituem fatores que condicionam a efetividade da atenção psicossocial. Nesse sentido, os resultados da pesquisa trazem alguns indícios de que as condições territoriais têm influência no tipo de demanda por atendimento na Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS), em especial do CAPSAD.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) contempla as políticas de saúde mental, as quais têm sido cada vez mais requisitadas em razão da dinâmica da vida moderna, das características da urbanização e do mundo do trabalho no Brasil.

Algumas pesquisas demonstram as dimensões do agravamento das perturbações da saúde mental na sociedade contemporânea. No Brasil, não tem sido diferente. Por exemplo, as taxas de automutilação aumentaram nove vezes, de 7,6 para 70,1 por 100.000 habitantes entre 2011 e 2022 (Oliveira Alves; Flávia José et al., 2024). Os dados divulgados pelo Ministério da Previdência Social revelam que, em 2024, foram registrados mais de 470 mil afastamentos no Brasil por ansiedade e depressão, um recorde desde 2014. Esse número representa um crescimento superior a 60% em relação ao ano anterior, praticamente o dobro do registrado nos anos anteriores. Embora parte desse crescimento seja frequentemente apresentada como uma “crise da saúde mental”¹, sua compreensão exige considerar processos sociais econômicos e tecnológicos, como o uso das novas tecnologias da informação, que tem produzido diferentes formas de adoecimento, processo que Sadin (2015) denomina digitalização do cotidiano, a precarização do mundo do trabalho e o desemprego tecnológico, como alguns elementos que compõem o fenômeno (Antunes, 2018).

O advento da pandemia de Covid-19, notadamente em alguns momentos do período de 2020 a 2022, levou ao fechamento de comércios, igrejas e escolas, provocando o recuo das sociabilidades urbanas, a ampliação de interações remotas (digitais) e o aprofundamento da crise econômica. Paralelamente, tais processos reforçaram desigualdades socioespaciais que se materializam no espaço urbano.

Esses processos também repercutiram no plano local. Em Campos dos Goytacazes, por exemplo, os registros assistenciais evidenciam um aumento expressivo da demanda por atendimento psicossocial. Segundo informações do DataSUS (2024)², Campos dos Goytacazes realizou 77.609 atendimentos e acompanhamentos de natureza

¹ Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/crise-da-saude-mental-ou-crise-da-precariozacao-dotrabalho-do-desemprego-e-da-instabilidade-sociopolitica/>, acesso em: 21 de mar de 2025.

² Informações disponíveis em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producaoambulatorial-sia-sus/>, acesso em: 21/03/2025.

psicossocial. Em 2019, esse número foi de 50.372. Os dados precisam ser integrados a outras variáveis, como o perfil socioeconômico, condição étnico-racial, gênero, causas da necessidade de atendimento e associação com o perfil da localidade de moradia do acolhido pela rede.

Segundo informações da Subsecretaria de Atenção Primária, há dificuldades de acesso da população a especialistas, especialmente nas áreas de nefrologia, pediatria e psiquiatria (equipes de suporte à saúde mental). As desigualdades socioespaciais manifestam-se também nas condições de acesso aos serviços públicos, na renda, na moradia e nas oportunidades de inserção social, fatores que influenciam diretamente as condições de saúde da população. Os dados do Observatório do Cadastro Único de 2023³ indicam que cerca de 230 mil pessoas estejam em vulnerabilidade social no município, dessas, cerca de 170 mil em extrema pobreza. Considerando os 483 mil habitantes (IBGE, 2022) do município, cerca de 35% da população encontra-se em situação de extrema pobreza e 47% em vulnerabilidade social.

O Plano Municipal de Saúde (2022-2025, p. 122), a partir dos conceitos da Organização Mundial da Saúde, adota a definição segundo a qual “a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade”. Além disso, o Programa Municipal de Saúde Mental estabelece como uma de suas prioridades a efetivação do Programa de Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Embora o Plano Municipal de Saúde estabeleça diretrizes para a atenção psicossocial, ainda permanecem lacunas quanto à compreensão das relações entre vulnerabilidades socioespaciais, perfil da população atendida e organização territorial da RAPS no município.

Nesse sentido, há uma necessidade de aprofundar a compreensão dos territórios periféricos do espaço urbano campista a partir da integração das informações das vulnerabilidades sociais, das condições históricas impulsionadoras de vulnerabilidades psicossociais e da disponibilidade de equipamentos (e profissionais) da RAPS.

Dessa forma, temos algumas questões de pesquisa que problematizam o tema: como a saúde mental é afetada pelos lugares de moradia e pelas condições territoriais? Qual é o perfil do acolhido na RAPS de Campos dos Goytacazes? Há diferenças nas

³Informações disponíveis em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/dados-eferramentas-informacionais/observatorio-do-cadastro-unico>, acesso em 15/03/2025.

causas que levaram a população atendida a buscar atendimento no CAPSAD, segundo os bairros de origem? E, quais as estratégias para ampliar o acesso da população vulnerabilizada das periferias urbanas aos serviços da RAPS?

À vista disso, temos a hipótese de que as condições territoriais (falta de lugares públicos para socialização, a precarização do mundo do trabalho, a violência urbana, acesso precário aos equipamentos de saúde e educação) têm influência no tipo de demanda por atendimento na Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS), em especial do CAPSAD.

Por isso, esta pesquisa buscou compreender os principais desafios do acesso à saúde mental no município por meio da análise da espacialidade dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da análise integrada do perfil socioespacial dos acolhidos, tendo como recorte para a coleta de informações e entrevistas o CAPSAD.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, ocorreram reuniões com a gestão da área de Saúde Mental do município, justamente com a coordenadora do projeto, Prof.^a Silvana Cristina da Silva, e a equipe de pesquisa. Na reunião realizada em 30/07/2025, a antiga gestão da área sugeriu que o projeto fosse direcionado à investigação dos contextos geográficos da mortalidade por suicídio em Campos dos Goytacazes. Em decorrência dessa orientação, foram realizados levantamentos de dados e revisão bibliográfica sobre a temática. Posteriormente, após nova reunião realizada em 14/11/2025 com a atual gestão da Saúde Mental do município, optou-se pelo redireccionamento da pesquisa para a realização de entrevistas e coleta de informações no CAPSAD, considerando a maior viabilidade da investigação e sua pertinência aos objetivos gerais do projeto.

Essa redefinição implicou a reformulação dos objetivos específicos da pesquisa, que passaram a contemplar:

- Identificar e analisar a integração entre a Rede de Atenção Primária e o Programa de Saúde Mental;
- Mapear a RAPS de forma integrada com os dados socioeconômicos dos bairros e espaços públicos em Campos dos Goytacazes;
- Descrever como a RAPS está integrada à Atenção Primária em Saúde (APS) no Município;
- Analisar o perfil da população atendida pela RAPS, especialmente do CAPSAD, com ênfase nas características dos bairros de origem dos atendidos; identificar os principais traços comuns dos usuários do CAPSAD com relação ao histórico de

atendimentos em instituições (Comunidades Terapêuticas, hospitais, clínicas e CAPSAD, etc.).

]

REVISÃO DA LITERATURA

- **Saúde mental: perspectivas geográficas e determinantes sociais**

Nos primeiros anos do século XXI, período de intensa dinamização e consolidação de diversos processos sociais, econômicos e políticos, ocorreram mudanças significativas no campo da saúde (Archanjo da Mota, 2015). Neste contexto, destacam-se alterações nos padrões epidemiológicos e demográficos, na distribuição espacial das psicopatologias e nas diretrizes das políticas públicas de saúde mental no Brasil (Mota, 2014). No âmbito da saúde mental, há uma consolidada tradição na geografia em investigar a incidência da esquizofrenia. De acordo com Archanjo da Mota (2015), esses estudos remontam às análises ecológicas, pesquisas que ressaltam o papel do lugar e das dinâmicas de vizinhança e abordagens que incorporam metodologias qualitativas. Essas contribuições em conjunto, permitem identificar comunidades cujas características sociais e ambientais favorecem a constituição de ambientes terapêuticos, tal como composições demográficas (idade, gênero, estado civil), condições de trabalho (desemprego ou precarização), e contextos cotidianos marcados por estresse e ansiedade, além de evidenciarem correlações relevantes entre diferentes contextos geográficos (Archanjo da Mota, 2015).

- **O suicídio como fenômeno social e problema de saúde pública**

Em consonância com essas discussões, Durkheim (1973) sustenta que o suicídio não deve ser compreendido como um fenômeno estritamente individual, mas essencialmente social. Para o autor, cada sociedade carrega, ao longo de sua história, um determinado nível de propensão ao suicídio, o qual não pode ser explicado apenas por fatores orgânico-psíquicos ou pelas condições físicas do ambiente. Tal disposição

deve ser analisada a partir das causas sociais que moldam os fenômenos coletivos (Durkheim, 2004). Durkheim (1973, p. 11) define: “Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente, executado pela própria vítima e que ela sabia que deveria produzir esse resultado”. Esta definição aproxima-se daquela adotada pela OMS (WHO, 1993), que caracteriza o suicídio como um ato consciente sobre a própria pessoa, com expectativa de um desfecho fatal.

A partir dessas características, o suicídio pode ser entendido como expressão do sofrimento humano, manifestando desesperança em relação ao futuro, ausência de perspectivas no presente, crises de identidade e perda de confiança tanto em si quanto na sociedade. Diversos fatores (sociais, culturais, ambientais, econômicos, políticos, psicológicos e biológicos) contribuem para identificar grupos mais vulneráveis e orientar intervenções (WHO, 2000).

Esse tipo de morte é considerado evitável, sendo associado principalmente a fatores de risco como transtornos mentais (especialmente a depressão), uso abusivo de álcool e outras drogas, situações de violência, experiências de perda, além de influências culturais e sociais (WHO, 2012b).

- **Políticas públicas de atenção aos usuário de álcool e outras drogas**

A atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil tem sido historicamente atravessada por disputas políticas, morais e epistemológicas que se refletem diretamente na formulação das políticas públicas e nos modelos de cuidado adotados pelo Estado. O enfrentamento destas questões está relacionado a principalmente dois posicionamentos políticos, o proibicionismo e a abordagem de redução de danos (Ribeiro, 2006; Canty et al., 2005; Tammiet al., 2007).

Até o final século XX e início do século XXI, as políticas públicas brasileiras destinadas aos usuários de álcool e outras drogas estavam atreladas, principalmente, ao paradigma do proibicionismo, onde as políticas convergem esforços na redução da oferta e da demanda de drogas ilícitas (Tammiet al., 2007); Este sistema, está ligado a dois modelos explicativos para a questão do consumo de drogas: o modelo moral/criminal, no qual, o consumo de drogas representa um problema moral, uma prática culposa cujo enfrentamento cifra-se no encarceramento dos imorais/criminosos (Alves, 2009). Já o modelo de doença enxerga o consumo de drogas e a dependência como uma patologia biologicamente determinada, logo, deve ser abordado com a oferta de tratamento e reabilitação (Marlatt, 1999 in. Alves, 2009). Ainda que, às duas

propostas divirjam em sua intervenção, ambas compartilham do propósito de eliminação do consumo, seja pelo encarceramento ou tratamento; tendo a abstinência como condição, meio e finalidade do tratamento (Alves, 2009). Portanto, o modelo de cuidado destinado aos usuários de álcool e outras drogas, fundamentado na lógica proibicionista, é marcado pelo caráter coercitivo e autoritário das práticas adotadas. A criminalização do uso de drogas produz efeitos diretos sobre o exercício de direitos sociais e de cidadania, comprometendo, entre outros aspectos, o acesso aos serviços de saúde e aos tratamentos, bem como a possibilidade de uso de substâncias em condições que não causem danos ao indivíduo nem à coletividade (Alves, 2009).

Desse modo, tanto no campo da saúde quanto no da justiça, as políticas públicas voltadas a esses usuários passaram a direcionar o cuidado para um modelo centrado na abstinência, implementado sobretudo por meio da institucionalização e do afastamento do convívio social (Quintas et al., 2021). As internações ocorriam predominantemente em hospitais psiquiátricos ou em Comunidades Terapêuticas (CT), instituições que, em sua maioria, pertenciam à iniciativa privada e cuja condução do tratamento estava orientada, prioritariamente, pela lógica do lucro (Souza, 2013).

Apesar da predominância do discurso político proibicionista sobre as drogas, consolidou-se, ao longo do tempo, o modelo de redução de danos, uma perspectiva alternativa de caráter contra hegemônico (Tammiet al., 2007; Ritter et al., 2005). A abordagem da redução de danos parte de uma concepção pragmática segundo a qual o uso de substâncias psicoativas é um fenômeno historicamente presente nas sociedades humanas, o que esvazia a noção de uma sociedade totalmente livre de drogas (Tammiet al., 2007; Ritter et al., 2005). Diante da impossibilidade de erradicar o consumo, esse enfoque propõe a adoção de estratégias voltadas à minimização dos danos associados ao uso, tanto para os indivíduos quanto para o conjunto da sociedade (Alves, 2009). Trata-se, assim, de uma perspectiva que confere maior racionalidade ao enfrentamento da problemática das drogas, ao permitir, por exemplo, que o consumo seja compreendido como questão de saúde pública, enquanto o tráfico é tratado no âmbito jurídico-policial (Tammiet al., 2007; Ritter et al., 2005).

Neste sentido, a utilização da prescrição de substâncias para pessoas em situação de dependência, no âmbito da redução de danos, fundamenta-se em algumas premissas centrais. Parte-se do entendimento de que essa prática contribui para a diminuição dos sintomas de abstinência e pode funcionar como um elemento facilitador do vínculo com os serviços de saúde, favorecendo a adesão ao tratamento (Alves, 2009).

Em contraste com abordagens que tomam a abstinência como o único objetivo legítimo da prevenção e do cuidado, a redução de danos propõe a construção de metas intermediárias. Essa perspectiva prioriza a implementação de estratégias voltadas à diminuição dos prejuízos sociais e dos agravos à saúde associados ao uso de drogas, mesmo quando não há redução imediata do consumo (Alves, 2009). O cuidado, nesse sentido, orienta-se pelas necessidades sociais e de saúde do usuário, que deve ser envolvido de maneira respeitosa e ativa na definição dos objetivos do tratamento (Tammiet al., 2007).

Essa abordagem desloca o foco da abstinência compulsória para a promoção do cuidado em liberdade, do vínculo e da autonomia dos sujeitos, reconhecendo a diversidade de trajetórias e necessidades dos usuários. No Brasil, as primeiras iniciativas de redução de danos emergiram a partir da preocupação com a propagação do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), associada ao uso compartilhado de seringas por pessoas que utilizavam drogas injetáveis, o que levou à implementação do Programa de Troca de Seringas (Andrade, 2011).

- **Reforma psiquiátrica e organização da Rede de Atenção Psicossocial**

Seguindo este movimento, a incorporação gradual da redução de danos no campo da saúde pública dialoga diretamente com o processo da Reforma Psiquiátrica e com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo a partir da virada dos anos 2000, onde nesse contexto, o panorama das políticas públicas brasileiras voltadas às drogas passou por transformações significativas (Quintas et al., 2021). Iniciativas e projetos formulados no âmbito do Ministério da Saúde buscaram, progressivamente, deslocar o enfrentamento do uso problemático de substâncias do campo da justiça para o da saúde, reafirmando-o como um desafio central, sobretudo no âmbito da saúde mental (Quintas et al., 2021). Tal como, a Lei nº 10.216, de 2001, que promoveu o redirecionamento da assistência em saúde mental, definindo que os usuários em situação de longa permanência passariam a ser contemplados por políticas específicas.

Além disso, estabeleceu a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e vedou a internação em instituições de caráter asilar (Brasil, 2001).

A partir desse movimento, com o objetivo de ampliar a assistência em saúde mental, foi instituída, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando promover a superação do modelo centrado exclusivamente na internação hospitalar (Silva et al., 2019). Essa rede passou a orientar a criação, a expansão e a

articulação de diferentes pontos de atenção destinados a pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais ou com demandas relacionadas ao uso de drogas, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos pela Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002b), como um de seus principais dispositivos de cuidado (Brasil, 2011), destacando-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) como dispositivos centrais nessa rede de atenção (Quintas et al., 2021).

Existe um conjunto expressivo de dispositivos legais que estabelece a obrigatoriedade de o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) funcionar como serviço substitutivo ao modelo hospitalar, oferecendo atendimento clínico e atividades terapêuticas em regime de cuidado diário (Bernardi et al, 2015). Dessa forma, o CAPS não se limita à realização de consultas ou à dispensação de medicamentos, atuando como estratégia para evitar internações em hospitais psiquiátricos. Essa lógica de cuidado insere-se no campo da Clínica Ampliada, que vem orientando as práticas da atenção psicossocial e promovendo transformações nos modos tradicionais de compreender e tratar os transtornos mentais (Bernardi et al, 2015).

Os CAPS organizam-se em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, que se diferenciam principalmente pelo porte, grau de complexidade e população de referência; além de duas modalidades específicas de atenção psicossocial, o CAPSi, destinado ao cuidado de crianças e adolescentes, e o CAPS AD, voltado ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso e à dependência de substâncias psicoativas (Bernardi et al, 2015), onde as ações de cuidado previstas em sua concepção incluem atendimentos individuais e coletivos, acompanhamento ambulatorial em processos de desintoxicação, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atenção às famílias, além de atividades comunitárias e voltadas à reinserção social. Essas práticas têm como objetivos a redução do estigma associado ao tratamento, o incentivo a experiências de lazer e o fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos (Brasil, 2004).

MATERIAIS E MÉTODOS

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, metodologicamente este trabalho contempla:

(1) Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases digitais Scielo (ScientificElectronicLibrary Online), Google Acadêmico, referente ao funcionamento do SUS, suicídio, Rede da Atenção Psicossocial e saúde mental, especialmente no campo

geográfico e saúde coletiva e foram selecionadas as bibliografias que seriam utilizadas no desenvolvimento da pesquisa;

(2) Foi realizada a coleta dos dados secundários referentes a distribuição de profissionais de saúde mental, bem como o número de óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente em âmbito (nacional, estadual e municipal), por via ao banco de dados do DATASUS;

(3) Com base nos dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, foi realizado o levantamento do número de CAPS AD presentes nos municípios do Estado do Rio de Janeiro;

(4) Levantamento e análise dos dados populacionais referentes aos bairros onde há presença dos equipamentos da RAPS, a partir do Censo do IBGE de 2022;

(5) Foram elaborados mapas, tabelas e gráficos a partir dos dados secundários do DataSUS, IBGE e CNES com o auxílio do editor de tabelas Excel e o aplicativo de produção de mapas Qgis software livre;

(6) Realizaram-se ao todo quatro reuniões com a gerência do Programa de Saúde Mental. Nas respectivas datas: 03 de jul. de 2025, 29 de out. de 2025, 11 de nov. de 2025 e 18 de jun. de 2026, onde foram discutidos os objetivos da pesquisa;

(7) Foi realizado uma entrevista semiestruturada com a coordenação do CAPS AD no dia 26 de jan. de 2026, com o intuito de compreender o seu funcionamento, o número de pacientes atendidos e sua relação ou a falta dela com as comunidades terapêuticas do município;

RESULTADOS E DISCUSSÃO

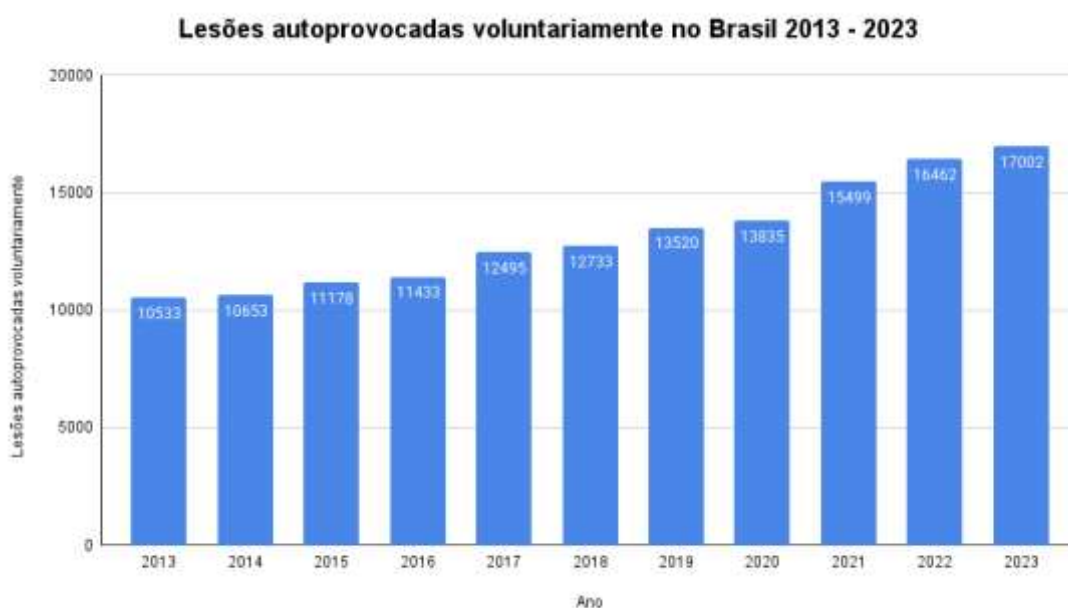
A OMS (2010) estima que quase cem pessoas se suicidam por hora, totalizando cerca de 844 mil suicídios por ano, sem contar as tentativas, que podem ocorrer com frequência vinte vezes superior (Archanjo da Mota, 2015). Entre 1996 e 2012, o Brasil registrou quase 140 mil mortes por suicídio, correspondendo a uma média de aproximadamente 22,5 óbitos diários (Archanjo da Mota, 2015). No período de 2013 a 2023, foram registradas mais de 145 mil mortes por suicídio (Brasil, 2025), resultando em uma média de 39,8 óbitos diários - quase o dobro do registrado no período anterior. Na Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10), esse tipo de comportamento é categorizado como causa básica de morte no Sistema de Informação

sobre Mortalidade (SIM). As ações de autoagressão podem resultar em internações e em óbitos (Archanjo da Mota, 2015).

Durante esse período de dez anos, houve um aumento gradual de óbitos: foram registradas 10.533 mortes no ano de 2013 e 17.002 no ano de 2023, o que representa um crescimento de aproximadamente 61%.

Estes dados estão representados no gráfico correspondente:

Gráfico 1 - Lesões autoprovocadas voluntariamente no Brasil 2013 - 2023

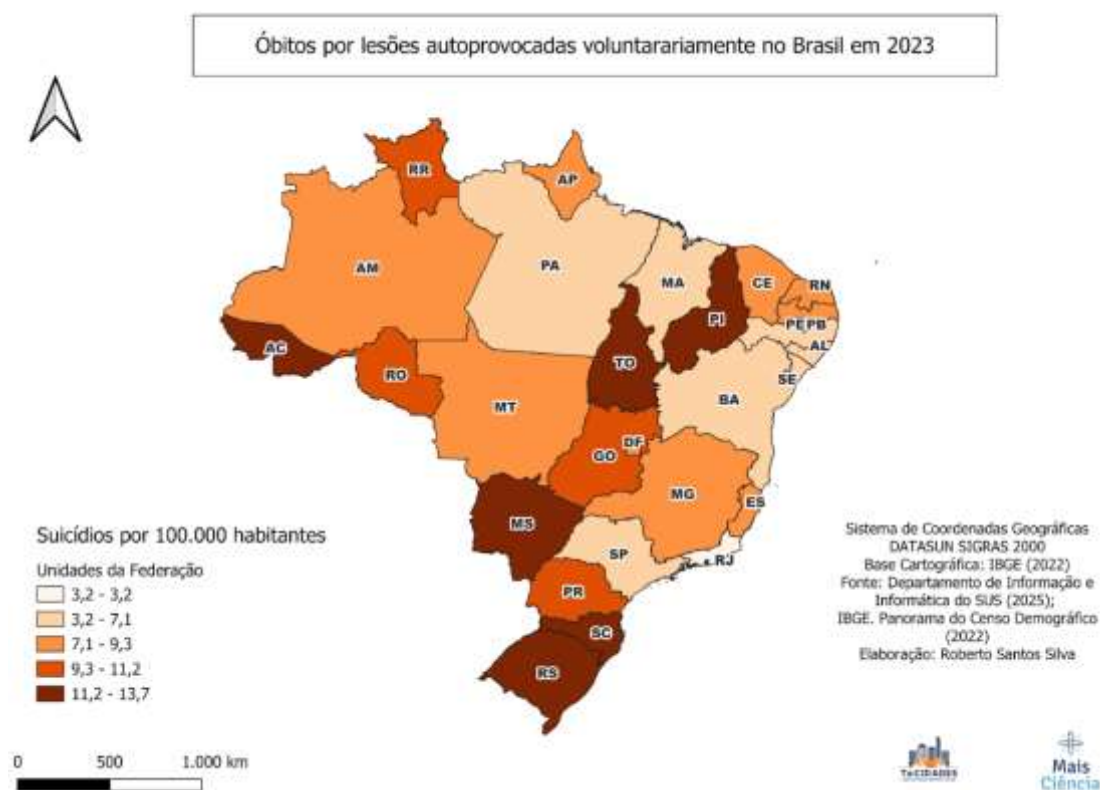


Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

Tendo como referência o trabalho de Archanjo da Mota (2015), foi realizada uma cartografia em macro escala da taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes, em nível nacional, por estados e em relação a todos os municípios do Rio de Janeiro, a partir dos dados do Departamento de Informática do SUS (DataSUS). Esses dados estão representados nos Mapas 1 e 2, elaborados a partir dos procedimentos cartográficos propostos por Archanjo da Mota (2015), utilizando informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DataSUS).

Contudo, como destaca Archanjo da Mota (2015), tais dados são apenas indicadores parciais de saúde mental. Não representam a totalidade da realidade por duas razões principais: do ponto de vista metodológico, porque não incluem dados referentes às consultas ambulatoriais; e, do ponto de vista ontológico, porque se restringem aos eventos registrados como óbitos, privilegiando uma perspectiva biomédica da saúde mental (Archanjo da Mota, 2015).

Mapa 1- Óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente no Brasil em 2023



Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025), IBGE. Panorama do Censo Demográfico (2022); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

No mapa 1, identifica-se a maior taxa nos estados da região Sul, bem como em partes das regiões Norte e Centro-Oeste. Contudo, uma análise municipal era necessária para detectar discrepâncias entre capitais e interior e entre áreas rurais e urbanas.

A tabela 1 mostra os estados com a maior taxa de suicídios por 100.000 habitantes no ano de 2023.

Tabela 1 - Mortalidade por suicídio no Brasil – 2023

Unidade da Federação	Suicídios por 100.000 habitantes
Acre	13,7
Rio Grande do Sul	13,4
Santa Catarina	12,9
Mato Grosso do Sul	12,9
Tocantins	12,5
Piauí	12,1
Roraima	11,1
Rondônia	11,0
Goiás	10,6
Paraná	10,1
Espírito Santo	9,3
Ceará	9,0
Distrito Federal	9,0
Mato Grosso	8,9

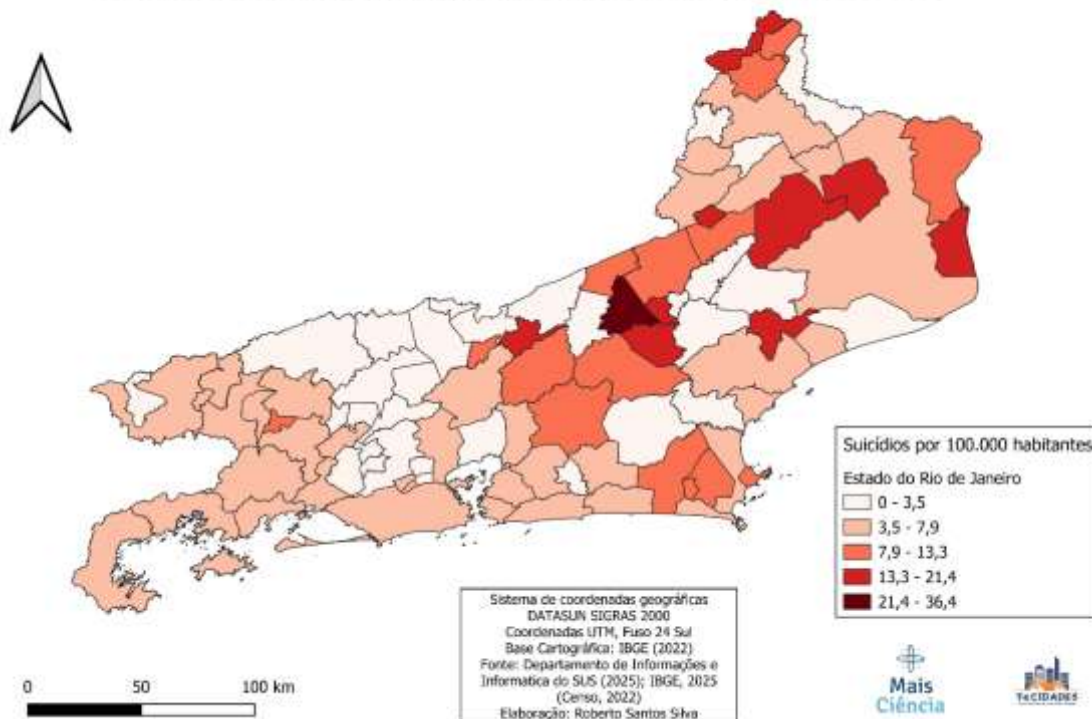
Amapá	8,9
Amazonas	8,6
Minas Gerais	8,5
Paraíba	8,4
Rio Grande do Norte	7,8
Sergipe	6,6
Bahia	6,4
Maranhão	6,3
Pará	6,2
São Paulo	5,9
Alagoas	5,4
Rio de Janeiro	3,2

Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025), IBGE. Panorama do Censo Demográfico (2022); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

O mapa 2 revela maior concentração de casos na região Norte Fluminense, seguida da região Serrana e de Niterói / baixada litorânea. No entanto, nos municípios com menos de 100.000 habitantes, as taxas de suicídios mostraram-se elevadas. Nos municípios com pequena população, entretanto, poucos registros podem produzir taxas proporcionalmente muito elevadas, exigindo cautela na interpretação dos resultados. Ainda assim, Campos dos Goytacazes registrou a sexta maior taxa entre os municípios fluminenses com mais de 100.000 habitantes; os dados estão listados na tabela 2.

Mapa 2 - Óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente no estado do Rio de Janeiro em 2023

Óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente no estado do Rio de Janeiro em 2023



Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025), IBGE. Panorama do Censo Demográfico (2022); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

Tabela 2 - Mortalidade por suicídio no Estado do Rio de Janeiro 2023.

Municípios	População	Suicídios por 100.000 habitantes
Rio de Janeiro	6.211.223	5,5
São Gonçalo	896.744	5,2
Duque de Caxias	808.161	5,1
Nova Iguaçu	785.867	3,2
Campos dos Goytacazes	483.540	7,7

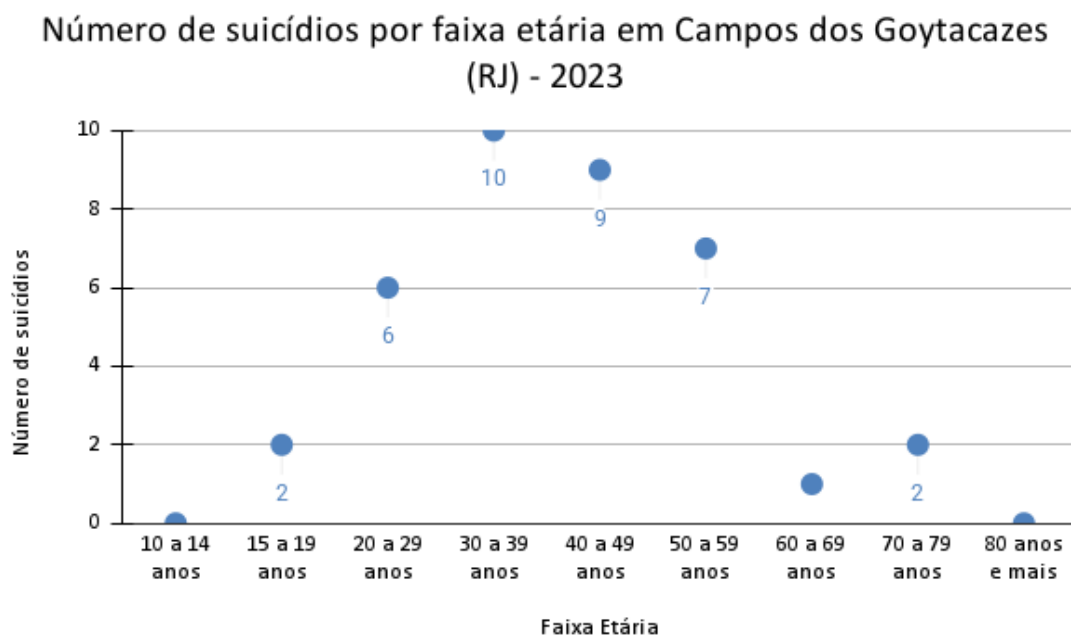
Belford Roxo	483.087	2,9
Niterói	481.749	7,9
São João de Meriti	440.962	3,2
Petrópolis	278.881	7,5
Volta Redonda	261.563	7,3
Macaé	246.391	6,5
Magé	228.127	3,5
Itaboraí	224.267	6,2
Cabo Frio	222.161	4,1
Maricá	197.277	4,6
Nova Friburgo	189.939	10
Barra Mansa	169.894	5,9
Angra dos Reis	167.434	6,6
Mesquita	167.127	4,2
Teresópolis	165.123	9,1
Rio das Ostras	156.491	3,8
Nilópolis	146.774	5,4
Queimados	140.523	2,1
Araruama	129.671	10,8
Resende	129.612	4,6
Itaguaí	116.841	6,8

São Pedro da Aldeia	104.029	9,6
Itaperuna	101.041	5,9

Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025), IBGE. Panorama do Censo Demográfico (2022); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

A partir dos dados do DATASUS (2025), realizou-se a caracterização dos casos do município de Campos dos Goytacazes no ano de 2023. O recorte temporal foi escolhido por ser o ano mais recente com informações disponíveis no banco de dados. Os dados foram analisados dentro dos recortes de faixa etária, cor/raça, sexo e Estado Civil. Os resultados obtidos são apresentados a seguir:

Gráfico 2 - Número de suicídios por faixa etária em Campos dos Goytacazes (RJ) - 2023



Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

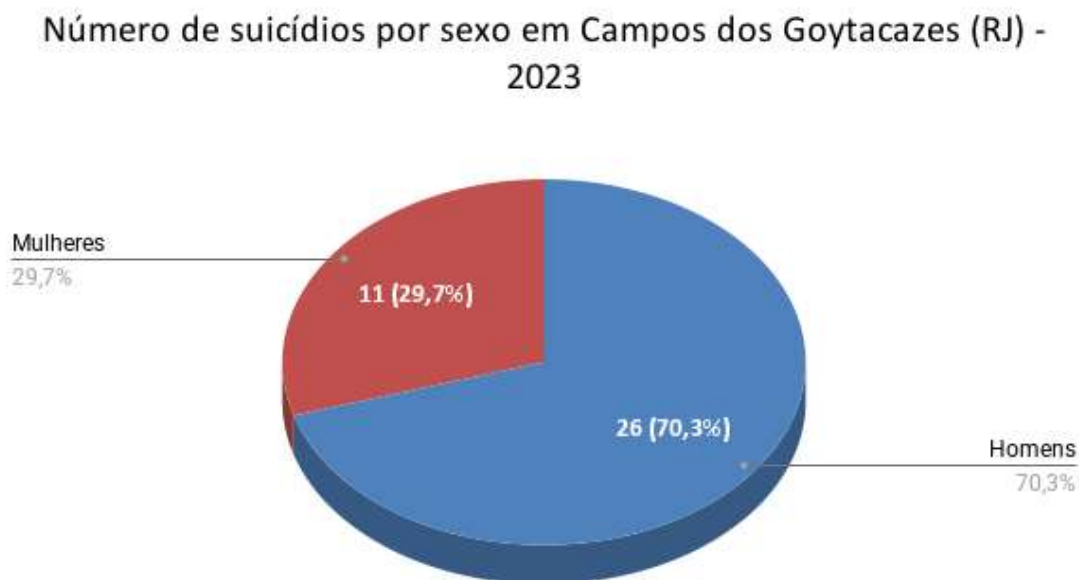
O gráfico 2 indica que a maior frequência de óbitos por suicídio ocorre entre 30 e 49 anos, com destaque para as faixas:

- 30 a 39 anos com 10 casos;
- 40 a 49 anos com 9 casos;
- 50 a 59 anos com 7 casos.

Esse predomínio na vida adulta produtiva acompanha padrões descritos pela OMS, que relaciona o suicídio à sobrecarga emocional, pressões econômicas, instabilidade laboral e dificuldades relacionadas, fatores frequentemente associados ao fenômeno entre indivíduos de meia-idade.

O comportamento do município também dialoga com a interpretação de Durkheim (1973): faixas etárias ativas e mais intensamente inseridas nas dinâmicas sociais, econômicas e familiares tendem a apresentar maior propensão ao suicídio, o que reforça a interpretação de que o suicídio possui condicionantes sociais relacionados aos níveis de integração e regulação presentes em cada contexto.

Gráfico 3 - Número de suicídios por sexo em Campos dos Goytacazes (RJ) - 2023



Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

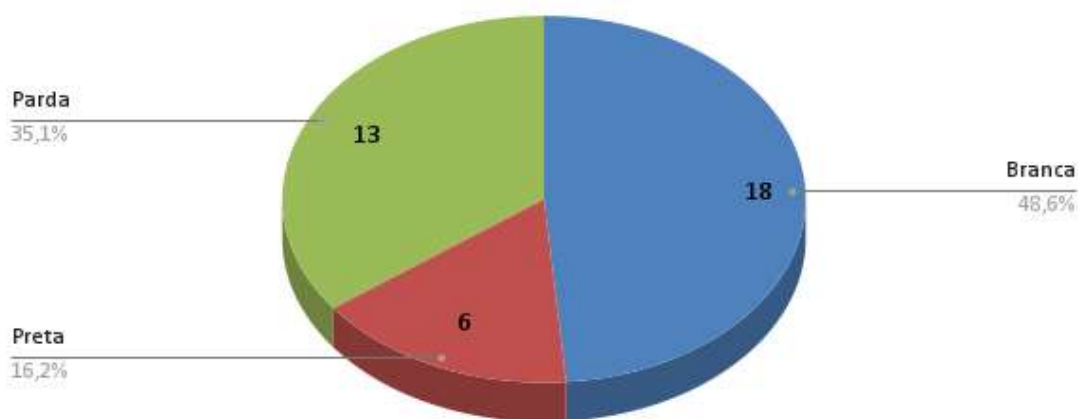
O gráfico 3 confirma a tendência amplamente reconhecida na epidemiologia do suicídio:

- 70,3% dos casos são homens;
- 29,7% são mulheres.

Essa diferença significativa reforça o que é observado nacionalmente e internacionalmente: as mulheres apresentam maior frequência de tentativas, enquanto os homens concentram a maior parte dos óbitos por suicídio Meneghelet al. (2012). Esse padrão remete ao chamado paradoxo de gênero do suicídio, onde mulheres apresentam maior número de notificações de lesões não fatais, e homens, maior número de mortes por suicídio.

Gráfico 4 - Número de suicídios cor / raça em Campos dos Goytacazes (RJ) - 2023

Número de suicídios por cor / raça em Campos dos Goytacazes (RJ) - 2023



Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

O gráfico 4 mostra que:

- 48,6% dos casos são de pessoas brancas;
- 35,1% são pardas;

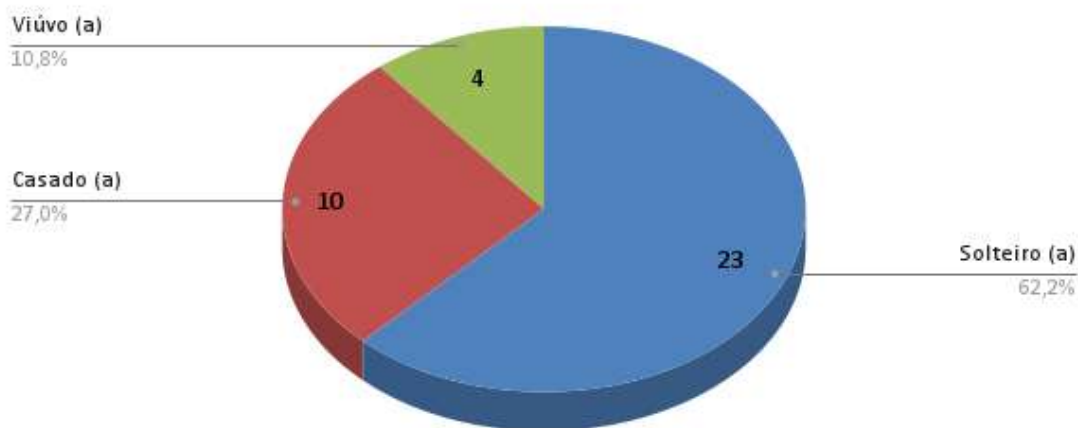
- 16,2% são pretas.

Esses resultados exigem cautela interpretativa. Embora a composição demográfica do município seja preponderantemente branca e parda (IBGE, 2022), estudos apontam a possibilidade de subnotificações ou preenchimento incompleto da variável raça/cor nos sistemas de mortalidade. Além disso, desigualdades no acesso a serviços de registro/saúde, que podem influenciar a qualidade dessas informações.

De toda forma, esses dados reforçam a importância de incorporar a questão racial nas análises, especialmente porque, conforme Archanjo da Mota (2015), os indicadores de saúde mental são condicionados pelos contextos geográficos, sociais e econômicos.

Gráfico 5 - Número de suicídios por estado civil em Campos dos Goytacazes - 2023

Número de suicídios por estado civil em Campos dos Goytacazes (RJ) - 2023



Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS - DataSUS (2025); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025

O quinto gráfico revela que:

- 62,2% dos casos são de pessoas solteiras;
- 27% são de casados(as);

- 10,8% são de viúvos(as).

A predominância de pessoas solteiras se articula diretamente com a teoria Durkheim (1973), indivíduos menos incorporados a redes sociais estáveis, como famílias constituídas, podem apresentar maior vulnerabilidade ao suicídio, uma vez que laços sociais frágeis reduzem a integração e a regulação social.

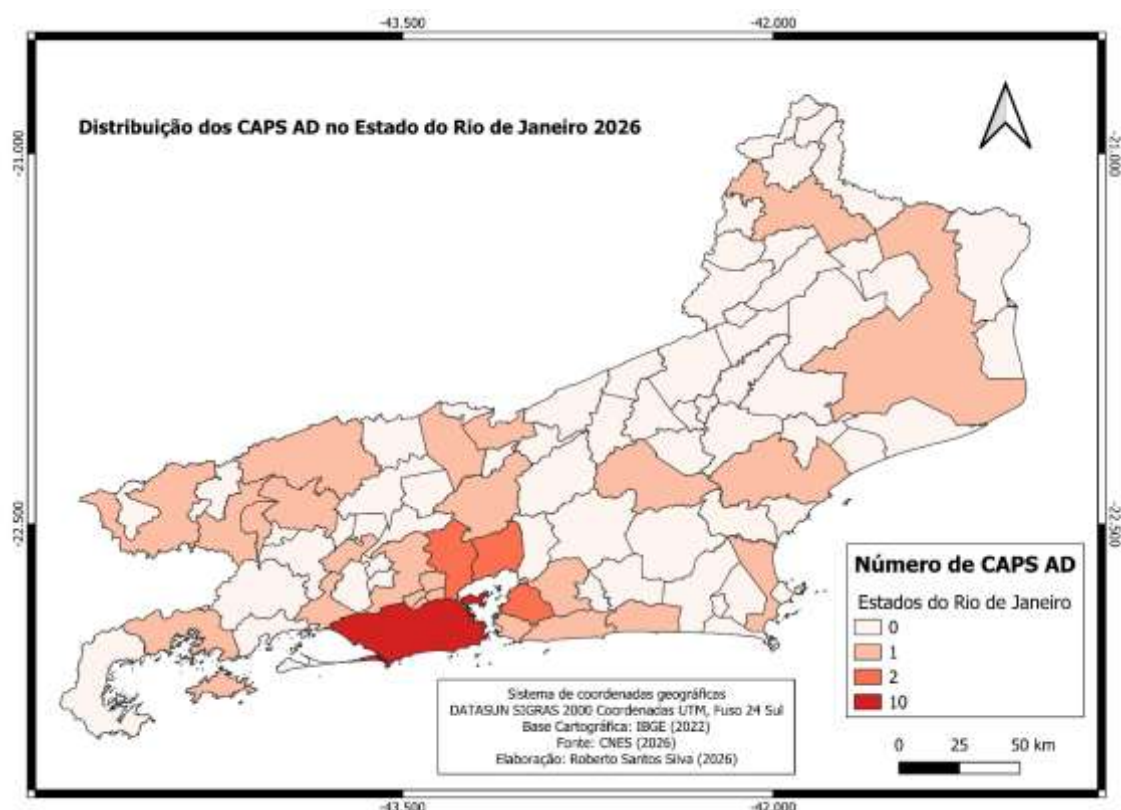
Corroborando também com os apontamentos de Archanjo da Mota (2015), que destaca a importância das dinâmicas de vizinhança e das redes afetivas e comunitárias na constituição de ambientes terapêuticos e de proteção psicossocial.

Em conjunto, os dados analisados revelam que o suicídio em Campos dos Goytacazes apresenta distribuição socialmente diferenciada, acompanhando tendências observadas em escala nacional. Esses resultados reforçam que o fenômeno está associado a múltiplos determinantes sociais e territoriais, reforçando que sua prevenção não depende exclusivamente da identificação de grupos de risco, mas também da existência de uma rede de atenção psicossocial capaz de ofertar cuidado contínuo e territorializado.

Ao mesmo tempo em que evidenciam limitações estruturais e operacionais enfrentadas no desenvolvimento do estudo. Contudo, a identificação dos grupos mais vulneráveis constitui apenas uma dimensão da problemática. Nesse contexto, torna-se necessário analisar como os serviços especializados em saúde mental, como os serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente o CAPS AD, encontram-se distribuídos no território municipal e regional, bem como suas possibilidades e limitações de acesso.

A organização da RAPS em Campos dos Goytacazes deve ser compreendida no contexto da distribuição de CAPSAD no Estado do Rio de Janeiro. O mapa 3 demonstra uma concentração de equipamentos na região metropolitana, compatível com a maior concentração populacional da região metropolitana. Contudo, na região Norte Fluminense, os únicos municípios a possuir um estabelecimento de saúde pública voltado ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso e à dependência de substâncias psicoativas são Campos dos Goytacazes e Macaé. Um dos indicadores para este cenário pode ser explicado pela concentração de cerca de 79% da população da região nos dois municípios, com Campos dos Goytacazes possuindo 483.540 habitantes, enquanto Macaé registra 246.391 habitantes (IBGE, 2022) e por já exercerem uma grande influência regional nos âmbitos da saúde e da educação (Valente, 2022).

Mapa 3 – Distribuição de CAPS AD no Estado do Rio de Janeiro em 2026



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2026); Elaboração: Roberto Silva (2026).

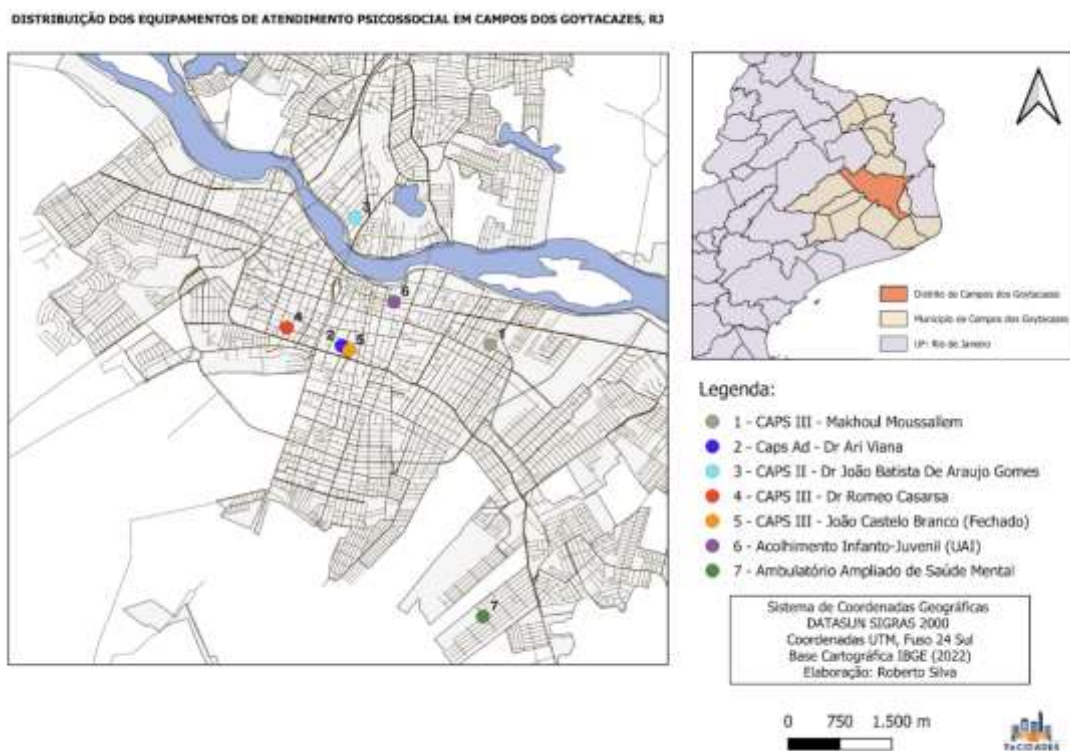
A política nacional de Saúde Mental passou e vem passando por transformações em atendimento à Lei da Reforma Psiquiátrica⁴. Desde então, vem sendo implementada a Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS). A configuração atual dessa rede resulta das transformações promovidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Em Campos dos Goytacazes, os hospitais psiquiátricos Henrique Roxo e João Viana foram fechados, respectivamente em 2017 e em 2022. Atualmente a RAPS na cidade é composta por cinco CAPS, sendo três do tipo III, um do tipo II e um CAPS AD.

⁴A Lei 10.216/2001, conhecida como reforma psiquiátrica, “estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental, ao prever a substituição dos manicômios no país por uma rede complexa de serviços que compreendem o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico” (DESINTITUTE, 2023).

A rede conta ainda com uma unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), um Ambulatório Ampliado de Saúde Mental, quatro Residências Terapêuticas (RTs), além do Consultório de Rua e ações de matriciamento de equipes para atendimento de emergência.

Apesar da existência dessa rede, e iniciativas de ampliação e melhoria dos atendimentos, o acesso aos serviços dessa natureza ainda é desafiante, especialmente nos bairros mais periféricos, pois esses fixos de saúde estão concentrados na área urbana do distrito sede (Mapa 4) e em razão da crescente demanda.

Mapa 4 - Distribuição dos equipamentos de atendimento psicossocial em Campos dos Goytacazes, RJ.

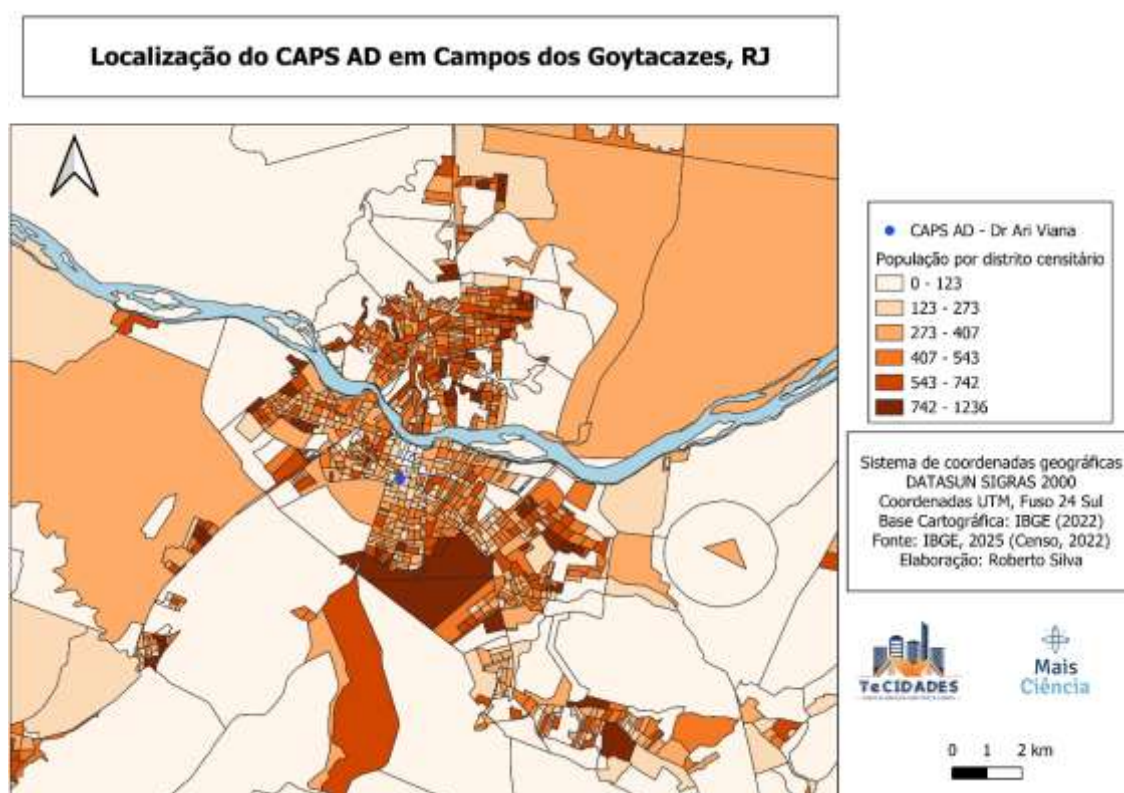


Fonte: Programa de Saúde Mental, (2024) Elaboração: Roberto Silva, (2025).

Como o Mapa 5 ilustra, o CAPS AD do município está localizado na região com menor taxa de população do distrito central, o que acaba forçando que grande parte dos atendidos tenham de percorrer grandes trajetos para serem atendidos. Tornando o seu acesso ainda mais dificultado, devido à dificuldade enfrentada por

grande parte da população do município de se deslocar por transportes públicos, particularmente para moradores dos distritos mais distantes, visto que, a infraestrutura de transporte, especialmente ônibus e vans, é insuficiente.

Mapa 5 – Localização do CAPS AD Dr. Ari Viana em Campos dos Goytacazes, RJ.



Fonte: Programa de Saúde Mental (2024), IBGE (2025); Elaboração: Roberto Silva (2026).

A simples existência de equipamentos especializados não garante, por si só, o acesso aos serviços. Em municípios territorialmente extensos, a localização desses estabelecimentos, associada às desigualdades socioeconômicas e às condições de mobilidade urbana, constitui um elemento fundamental para compreender a efetividade da atenção psicossocial.

O município de Campos dos Goytacazes é o maior em extensão territorial do estado do Rio de Janeiro, com uma área urbana também extensa e dispersa em 14 distritos. Apresenta localidades muitas vezes distantes dos equipamentos públicos de

saúde e com perfis de bairros bastante diversos, geralmente com predominância de população de baixa renda.

Essas dificuldades de deslocamento não atingem todos de maneira homogênea, uma vez que as desigualdades socioespaciais do município condicionam diferentes possibilidades de acesso aos serviços públicos de saúde. O espaço urbano de Campos dos Goytacazes apresenta renda média por bairros extremamente díspares, por exemplo, O Jardim Residencial Planície tem uma renda média mensal de R\$ 268,35⁵, enquanto o Parque Dom Bosco era de R\$ 2.563,71⁶ (IBGE, 2010)⁷. Essa diferença de quase dez vezes na renda média evidencia que o acesso aos serviços especializados ocorre em condições profundamente desiguais, uma vez que os custos de deslocamento representam um peso muito distinto para famílias pertencentes a diferentes segmentos socioeconômicos. O Plano Nacional de Saúde (2024 – 2027) destaca que os territórios periféricos e favelas devem receber “atenção das políticas públicas na perspectiva da construção da equidade em saúde por serem espaços historicamente vulnerabilizados, caracterizados pela alta densidade demográfica, habitações precárias, dificuldades de acesso viário e insuficiente oferta de serviços públicos essenciais, além de concentrar populações que já apresentam condições de saúde desfavoráveis e uma série de vulnerabilidades sócioeconômicas e ambientais” (Ministério da Saúde, 2024, p. 134).

As desigualdades de acesso não decorrem apenas da localização espacial dos equipamentos. Além das barreiras relacionadas à localização dos serviços e às desigualdades socioeconômicas, a capacidade de atendimento da rede também depende da disponibilidade de profissionais especializados. A tabela evidencia uma acentuada desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde mental entre as escalas nacional, regional, estadual e municipal, reforçando empiricamente as limitações estruturais já discutidas anteriormente. Embora o Brasil e a Região Sudeste concentrem números expressivos de profissionais, observa-se uma redução drástica

⁵Corrigindo-se esse valor pela inflação oficial medida pelo IPCA até abril de 2026, obtém-se um valor equivalente de aproximadamente R\$ 765,64, em valores correntes. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPUBLICO/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>, acesso em: 01 de jul de 2026.

⁶Corrigindo-se esse valor pela inflação oficial medida pelo IPCA até abril de 2026, obtém-se um valor equivalente de aproximadamente R\$ 7.546,58, em valores correntes. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPUBLICO/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>, acesso em: 01 de jul de 2026.

⁷Os dados do Censo de 2022 ainda não foram publicados por isso estamos utilizando o Censo de 2010. Entretanto, as desigualdades não sofreram mudanças estruturais na cidade.

quando a análise se aproxima da escala local, especialmente no município de Campos dos Goytacazes.

Tabela 3 - Profissionais de saúde mental - 2025

Profissionais de saúde mental	Brasil	Região Sudeste	Estado do Rio de Janeiro	Campos dos Goytacazes
Enfermeiro psiquiátrico	196	90	7	0
Psicólogo Clínico	56.494	24.332	4.252	128
Psicólogo Social	264	146	7	0
Psicólogo hospitalar	3.123	1.322	335	4
*Médico psiquiatra	7.136	3.540	627	20
Psicanalista	101	32	6	0
Psicopedagogo	2.293	741	176	3
Técnico de enfermagem psiquiátrica	355	251	12	0

* Razão de médicos por 100 mil habitantes em Campos dos Goytacazes: 4,14.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES (2025); Elaboração: Roberto Santos Silva, 2025.

Conforme apresentado anteriormente, o desenvolvimento da pesquisa foi marcado por mudanças na gestão da área de Saúde Mental do município, o que implicou diretamente na delimitação do objeto de estudo. Inicialmente, a antiga gestão orientou que a investigação se concentrasse nos contextos geográficos da mortalidade por

suicídio, motivando o levantamento de dados secundários e a revisão bibliográfica sobre a temática. Posteriormente, com uma nova mudança da equipe gestora e a reavaliação das prioridades da coordenação, o projeto foi para o estudo do CAPS AD, permitindo maior aproximação com a organização da RAPS e com o objetivo geral do projeto.

A alteração do objeto da pesquisa implicou a necessidade de submissão do estudo aos procedimentos éticos previstos para pesquisas envolvendo diretamente pessoas. Embora o projeto tenha sido adaptado ao modelo da Plataforma Brasil e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tenha sido concluído em dezembro de 2025, a anuência institucional ocorreu apenas em abril de 2026, ampliando o intervalo entre o planejamento metodológico e o início previsto do trabalho de campo.

Em razão do tempo necessário para a obtenção da anuência institucional e da ocorrência de uma nova mudança na gestão da Gerência de Saúde Mental, o cronograma inicialmente previsto foi comprometido, impossibilitando a realização, dentro do período de vigência da pesquisa, das entrevistas com profissionais e usuários do CAPS AD. Diante dessa limitação, a pesquisa concentrou a análise nos dados secundários, na cartografia temática, nos documentos institucionais e nas informações obtidas junto à gestão da Rede de Atenção Psicossocial, preservando os objetivos centrais do estudo.

Apesar dos desafios decorrentes das mudanças administrativas e dos procedimentos éticos exigidos para pesquisas envolvendo pessoas, a Gerência de Saúde Mental, manteve diálogo com a equipe de pesquisa e contribuiu para a redefinição do objetivo de estudo e para a viabilização do acesso institucional ao CAPS AD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou compreender como a organização territorial da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente do CAPS AD, relaciona-se às desigualdades socioespaciais de Campos dos Goytacazes e influencia as condições de acesso aos serviços de saúde mental.

Os resultados da pesquisa demonstram que Campos dos Goytacazes apresentou, em 2023, uma das maiores taxas de mortalidade por suicídio entre os municípios fluminenses com mais de 100 mil habitantes, acompanhando tendências observadas em escala nacional quanto à distribuição dos casos segundo faixa etária, sexo, raça/cor e estado civil. Esses achados reforçam que o fenômeno está relacionado a múltiplos

determinantes sociais e territoriais, não podendo ser compreendido apenas a partir de características individuais.

A análise da Rede de Atenção Psicossocial evidenciou que, na região Norte Fluminense, os serviços especializados para a atenção a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas concentram-se apenas em Campos dos Goytacazes e Macaé, reafirmando a centralidade regional desses municípios. Entretanto, a simples existência desses equipamentos não garante o acesso efetivo da população aos serviços. Em um município de grande extensão territorial, como Campos dos Goytacazes, a localização dos estabelecimentos, as condições de mobilidade urbana, as desigualdades socioespaciais e a disponibilidade de profissionais especializados constituem fatores que condicionam a efetividade da atenção psicossocial.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa trazem alguns indícios de que as condições territoriais têm influência no tipo de demanda por atendimento na Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS), em especial do CAPSAD. Já que as desigualdades se materializam por meio da concentração espacial dos serviços, das dificuldades de mobilidade, da distribuição desigual da renda e da possibilidade limitada de profissionais, condicionando diferentes possibilidades de acesso à saúde mental.

Em razão do tempo necessário para a obtenção da anuência institucional e da ocorrência de uma nova mudança na gestão da Gerência de Saúde Mental, o cronograma previsto da pesquisa foi comprometido, impossibilitando a realização, dentro do período de vigência da pesquisa, das entrevistas com profissionais e usuários do CAPS AD. Diante dessa limitação, a pesquisa concentrou a análise nos dados secundários, na cartografia temática, nos documentos institucionais e nas informações obtidas junto à gestão da Rede de Atenção Psicossocial, preservando os objetivos centrais do estudo.

À vista disso, enquanto perspectivas futuras, a realização das entrevistas e consequentemente o aprofundamento da análise qualitativa, principalmente em relação ao perfil dos usuários do CAPS AD e suas experiências tanto no CAPS AD quanto em outras instituições de apoio a pessoas com transtornos relacionados ao uso e à dependência de substâncias psicoativas se mostram como essências. Para além da continuidade dos estudos sobre a RAPS em Campos dos Goytacazes.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. J. O. et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health - Americas**, v.6, p. 100018, 2024.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, p. 2309-2319, 2009.

Andrade TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência*. **Saúde Colet**. 2011; 16(12):4665-4674.

ARCHANJO DA MOTA, Adeir. CARTOGRAFIA DO SUICÍDIO NO BRASIL NO PERÍODO 1979-2011. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 11, n. 20, 2015.

BERNARDI, Aline Batista; KANAN, Lília Aparecida. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1105-1116, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1 de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União [internet]. 1 Jul 2005 [acesso em 2025 out 1]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

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. Diário Oficial da União [internet]. 9 Abr 2001 [acesso em 2025 out 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [internet]. 6 Abr 2011 [acesso em 2026 fev 2]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: óbitos por causas (TabNet).

Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def>>. Acesso em: 06 nov. 2025.

Canty C, Sutton A, James S. Strategies for community-based drug law enforcement: from prohibition to harm reduction. In: Stockwell T, Gruenewald PJ, Toumbourou JM, Loxley W, editors. **Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice**. Chichester: John Wiley & Sons; 2005. p. 225-36.

DE VARES, Sidnei Ferreira. O problema do suicídio em Émile Durkheim. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 13, n. 18, p. 13-36, 2017.

DE ALMEIDA, Felipe Mateus. O suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. **Revista Aurora**, v. 11, n. 1, p. 119-138, 2018.

DESINSTITUTE, **Desinstitucionalização**. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, Desinstitute, 2023, 130P

DURKHEIM, E. **Le suicide**. Paris: PUF, 1986.

DURKHEIM, Émile. **Representações individuais e representações coletivas**. (1898) In: Sociologia e Filosofia. São Paulo: Ícone, 2004.

IBGE. **Panorama do Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama>. Acesso em: 30 jul. 2025

Ministério da Saúde, **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024-2027**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-deplanejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view>, acesso em 20/11/2025.

Ribeiro MM. Aspectos legais. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 469-76.

Ritter AL, Cameron J. **A systematic review of harm reduction**. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre; 2005. (DPMP Monograph Series, 6).

SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES,
Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes 2022-2025, 2022.

QUINTAS, Ana Caroline de Moraes Oliveira; TAVARES, Priscilla dos Santos Peixoto Borelli. Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. **Saúde em debate**, v. 44, p. 198-209, 2021.

SADIN, É. **La vie algorithmique**: critique de la raison numérique. Paris: Éditions L'Échappée, 2015.

SILVA, Lennon Leonardo Pereira da; ALMEIDA, Anderson Batista de; AMATO, Tatiana de Castro. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 819-835, 2019.

Souza TP. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: Direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos) [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. 335 p.

Tammi T, Hurme T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **Int J Drug Policy** 2007; 18:84-7.

VALENTE, H. C. M.. Distribuição Desigual dos Estabelecimentos de Saúde na Mesorregião Geográfica do Norte Fluminense de 2000 a 2018. In: XX Encontro Nacional de Geógrafas e Geógrafos, 2022, São Paulo. **Associação dos Geógrafos Brasileiros**, 2022. v. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Geneva: WHO Press, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. Geneva: WHO Press, 2012b.